

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير

الموضوع:

إصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية

من خلال إحصاء النظر في نظام تمويلها

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير
تخصص: إدارة الأعمال

من إعداد الطالب:

مقدر طارق

لجنة المناقشة:

- 1- أ. د محبوب بن حمودة.....رئيسا
- 2- أ.د.العمرى العربيمشرفا
- 3- أ.د سايجى عبد الحقممتحنا
- 4- أ.د شيحة خميسي.....ممتحنا
- 5- أ.د عصام بويوسف.....ممتحنا

السنة الجامعية: 2007/2005

المقدمة

الفصل التمهيدي

مقدمة الفصل

المبحث الأول: تعريف، أسس و مبادئ تنظيم المنظومة الوطنية للصحة

المطلب الأول: تعريف وأنشطة المنظومة الصحية

الفقرة الأولى: تعريف المنظومة الصحية

الفقرة الثانية: نشاطات المنظومة الصحية

المطلب الثاني: أسس تنظيم المنظومة الوطنية للصحة

الفقرة الأولى: مبادئ التنظيم

الفرع الأول: مبدأ التقسيم القطاعي

الفرع الثاني: مبدأ سلمية العلاج

الفرع الثالث: مبدأ الجهوية الصحية

الفقرة الثانية: الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة:

الفرع الأول: توزيع العلاجات

الفرع الثاني: التكوين في العلوم الصحية

الفرع الثالث: تنظيم النشاطات الإدارية للصحة

الفرع الرابع: الأعضاء المساعدة أو المستشارين

المبحث الثاني: تنظيم وسير المنظومة الوطنية للصحة.

المطلب الأول: المؤسسة العمومية للصحة

المطلب الثاني: التنظيم الإداري للنظام الوطني للصحة:

المطلب الثالث: نقاط القوة والضعف

المطلب الرابع: موارد عرض العلاج

الفقرة الأولى: الموارد البشرية

الفقرة الثانية: الموارد المادية

الفقرة الثالثة: الموارد المالية

المبحث الثالث: مفاهيم عامة حول التمويل.

المطلب الأول: مفهوم التمويل

الفقرة الأولى: تعريف التمويل

الفقرة الثانية: أهداف وظيفة التمويل

الفقرة الثالثة: طرق الدفع

الفرع الأول: نظام سعر اليوم

الفرع الثاني: الميزانية الإجمالية

الفرع الثالث: تعريف العمل

الفرع الرابع: الدفع الجزافي حسب المرضى

الفقرة الرابعة: الوحدات الاقتصادية وحاجاتها للتمويل

الفرع الأول: المؤسسة

الفرع الثاني: الخواص

الفرع الثالث: الدولة

الفرع الرابع: الخارج

المطلب الثاني: تقييم طرق تمويل الصحة العمومية

الفقرة الأولى: مستويات تحليل نظام تمويل الصحة

الفرع الأول: مستوى الاقتصاد الكلي

الفرع الثاني: مستوى الاقتصاد الداخلي:

الفرع الثالث: مستوى الاقتصاد الجزئي

الفقرة الثانية: معايير تقييم التمويل

الفرع الأول: العدالة

الفرع الثاني: الفعالية

الفرع الثالث: الاستمرارية

المطلب الثالث: نماذج من أنظمة التمويل في العالم

الفقرة الأولى: نظام التمويل الأمريكي.

الفقرة الثانية: نظام التمويل في إنجلترا

الفقرة الثالثة: نظام التمويل الفرنسي

خاتمة الفصل التمهيدي

الفصل الأول

مقدمة الفصل

المبحث الأول: مصادر تمويل الصحة في الجزائر

المطلب الأول: الأسس القانونية لتمويل قطاع الصحة

المطلب الثاني: مراحل تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة، والوضعية الاقتصادية.

الفقرة الأولى: مراحل تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة.

الفرع الأول: نظام التمويل قبل 1974 " التمويل المختلط "

الفرع الثاني: نظام التمويل بعد 1974 " مجانية العلاج "

الفقرة الثانية: الوضعية الاقتصادية و نظام التمويل في الجزائر.

الفرع الأول: مرحلة التنمية الشاملة من 1967 إلى 1986:

الفرع الثاني: مرحلة الأزمة الاقتصادية 1986 – 1988

الفرع الثالث: الوثبة الاقتصادية و مرحلة اقتصاد السوق من 1988 الى اليوم:

المطلب الثالث دور الضمان الإجتماعي في تمويل المنظومة الوطنية للصحة.....

المبحث الثاني: الاحتياجات المالية لقطاع الصحة مع أفق 2010:

المطلب الأول: التقدير المالي للمشاريع مع أفق 2010:

الفقرة الأولى: الإنجازات المتوقعة الخاصة بالهياكل إلى غاية سنة 2010

الفقرة الثانية: الإنجازات المتوقعة من التجهيزات الطبية و الإدارية

المطلب الثاني: التغطية الصحية المنتظرة في سنة 2010 مقارنة بالمؤشرات المعمول بها

الفقرة الأولى: العرض المنتظر للعلاج إلى غاية 2010

الفرع الأول: مؤشرات التغطية الصحية بالأطباء

الفرع الثاني: مؤشرات التغطية الخاصة بالقاعدة الصحية

الفرع الثالث: مؤشرات التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية

الفقرة الثانية: الطلب المنتظر على العلاج إلى غاية 2010

الفرع الأول: نسبة التغطية للأطباء

الفرع الثاني: نسبة تغطية القاعدة الصحية

الفرع الثالث: عدد الأسرة الإستشفائية لكل 1000 ساكن.

المبحث الثالث: تشخيص الجوانب الإيجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر

المطلب الأول: إيجابيات نظام تمويل الصحة

المطلب الثاني: سلبيات نظام تمويل الصحة.

الفقرة الأولى: ارتفاع النفقات الوطنية للصحة. الفقرة الثانية: إختلالات التسيير المالي

الفرع الأول: الاستقلالية المالية المقيدة بمبادئ قانون المالية إلى جانب التدخلات المختلفة للسلطة الوصية

الفرع الثاني: نقائص النظام المحاسبي

الفقرة الثالثة: عدم الخضوع لمعيار الجدوى الاقتصادية

خاتمة الفصل

الفصل الثاني:

مقدمة الفصل

المبحث الأول: تقديم مشروع إصلاح المنظومة الوطنية للصحة.

المطلب الأول: دوافع الإصلاح الاستشفائي

الفقرة الأولى: تطور الوضع الوطني

الفقرة الثانية: التغير الديموغرافي والوبائي

المطلب الثاني: مفهوم الإصلاح الاستشفائي

الفقرة الأولى: تعريف الإصلاح

الفقرة الثانية: أهداف الإصلاح

المطلب الثالث: محتوى الإصلاح الاستشفائي

الفقرة الأولى: ملفات الإصلاح

الفقرة الثانية: عراقيل الإصلاح

الفقرة الثالثة: مفاتيح الإصلاح

المبحث الثاني: السياسات الجزئية لإصلاح نظام التمويل

المطلب الأول: التحكم في التمويل.

الفقرة الأولى: التمويل بالأدوية و المواد الصيدلانية

الفقرة الثانية: التمويل بالمواد الغذائية

الفقرة الثالثة: التمويل بالأجهزة و المعدات

المطلب الثاني: احتواء التكاليف و عقلنة الاختيارات الميزانية

الفقرة الأولى: إحتواء التكاليف

الفقرة الثانية: عقلنة الاختيارات الميزانية

المطلب الثالث: توسيع وتنويع المصادر المالية

المبحث الثالث: النظام التعاقدى كبديل لتمويل المنظومة الوطنية للصحة

المطلب الأول: مفهوم التعاقد

الفقرة الأولى: تعريف التعاقد و أنواعه

الفرع الأول: تعريف التعاقد

الفرع الثاني: أنواع التعاقد

الفقرة الثانية: التجارب العالمية في ميدان التعاقد

الفرع الأول: النهج التعاقدى في دولة مذعشقر

الفرع الثاني: النهج التعاقدى في فرنسا

الفقرة الثالثة: شروط نجاح النهج التعاقدى

المطلب الثاني: الأسس القانونية للتعاقد

الفقرة الأولى: التراضي

الفقرة الثانية: محل الإلتزام

الفقرة الثالثة: السبب

المطلب الثالث: أهداف التعاقد ومساره داخل المؤسسة الصحية.

الفقرة الأولى: أهداف التعاقد

الفرع الثاني: التحكم في بعض المؤشرات الصحية

الفرع الثالث: تحسين نوعية الخدمة

الفقرة الثانية: مسار النهج التعاقدية

خاتمة الفصل الثاني

الخاتمة العامة

مقدمة:

لقد ظلت المنظومة الوطنية للصحة ولوقت طويل محل اهتمام أصحاب القرار، لأنها تشكل الهيكل المؤطر للنشاطات الصحية، و التي تمتزج فيها كل السياسات و الإستراتيجيات الموجهة والمنظمة نحو تحقيق أفضل رعاية وأكثر حماية لصحة المواطن.

هذا ويعتبر تمويل المنظومة الوطنية للصحة كرهان حقيقي بالنسبة للدولة، حيث يرتبط هذا الأخير ارتباطا وثيقا مع التوجهات السياسية و الاجتماعية، و تجلى ذلك من خلال الجهود التي بذلتها لتحسين أداء وفعالية القطاع.

فإسهاما منها في تحسين صحة المواطن وتوفير خدمات راقية، قامت بإعداد دراسات من أجل تقديم تصور علمي يساعد على توفير أفضل الخدمات الصحية للأعداد المتزايدة من السكان، ووضعت تقديرات منطقية لاحتياجاتهم، إلا أن عوائق كثيرة كانت وراء تدهور الخدمات في مؤسسات القطاع الصحة العمومي، ولعل من أهم هذه العوائق التمويل، خاصة بعد تطبيق مبدأ مجانية العلاج سنة 1974 الذي وضع الدولة في وضعية حرجة.

فعدم قدرة الدولة الجزائرية على تمويل نفقات الصحة المتزايدة، وعجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفها الاقتصاد الوطني، طرحت مشكل ارتفاع نفقات الصحة ونموها غير المتحكم فيه، وحاولت الجزائر من خلال سياستها المتعاقبة إيجاد بدائل مناسبة تساهم في تفعيل أداء الخدمات، غير أن طرق التمويل الحالية بينت عدم القدرة على الإستجابة للإحتياجات الصحية المتزايدة، وفي ظل هذه الظروف كان على المنظومة الصحية أن تستجيب لما تفرضه المرحلة الجديدة من تطورات، وكذا التكيف مع المستجدات الجديدة للمرحلة الراهنة.

وكمخلص للإشكالية التي نطرحها:

إذا كانت الرعاية الصحية و مجانية العلاج حق دستوري، فإنه هناك حتمية بضرورة استمرارية تواجد القطاع العمومي بكل خدماته الصحية سواء الوقائية أو العلاجية وكذا المتابعة الصحية فإننا نتساءل: عن إستراتيجية التمويل الأنسب التي تضمن استمرارية القطاع العام وبدرجة الفعالية اللازمة بهدف تحسين الخدمات الصحية المقدمة وفق ما يحقق رضا طالب العلاج.

وتتدرج تحت هذه الإشكالية مجموعة من الأسئلة الجزئية:

- كيف تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة؟
- وما ارتباطه بالوضع الاقتصادية للبلاد؟
- ثم ماذا أعدت الدولة الجزائرية لإصلاح نظام التمويل في إطار المشروع التمهيدي لإصلاح المنظومة الوطنية للصحة؟
- ما هي أسباب ارتفاع نفقات المنظومة الصحية؟

فرضيات البحث:

- يملك القطاع العمومي للصحة إمكانية مادية وبشرية هائلة.
- تدني الخدمات الصحية التي تبقى دون المستوى المطلوب.
- ارتفاع النفقات الذي تعاني منه المنظومة الوطني للصحة لا ينحصر في ارتفاع نفقات التجهيز والتسيير فقط، بل يرجع أيضا إلى سوء التسيير و استعمال الموارد المتاحة بصفة غير عقلانية، دون أن ننسى الارتباط الوثيق بين تمويل المنظومة الصحية وكذا الوضع الاقتصادية للبلاد.

دوافع اختيار البحث:

لقد تم اختيار موضوع البحث للأسباب التالية:

1) الدوافع الموضوعية:

- الأهمية التي يكتسبها الموضوع في الإقتصاد الوطني، وأهمية المنتج الذي يتمثل في الصحة الجديدة.
- الوضعية المزرية التي تعيشها المنظومة الصحية الوطنية للصحة، فرغم الأموال التي جندت في هذا الميدان إلا أن نوعية الخدمة الصحية في تدهور مستمر.

1) الدوافع الذاتية:

- وتتمثل في الرغبة في المشاركة من خلال استخدام البحث العلمي للمساهمة في معالجة موضوع تمويل المنظومة الوطنية للصحة، من خلال مناقشة إمكانية استغلال مختلف مصادر التمويل المتاحة، من أجل تطوير وتحسين الخدمات المقدمة (عرض العلاج).

الهدف من البحث:

يهدف هذا البحث إلى معرفة بعض الحقائق المتعلقة بالمنظومة الوطنية للصحة بصفة عامة وكذا نظام تمويلها بصفة خاصة، وذلك بعرض تطورات وواقع وضرورة إصلاح نظام التمويل.

منهج البحث:

لقد اعتمدنا خلال هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك من خلال الدراسة المعمقة و التحليل الشامل لمختلف العوامل والعناصر المؤثرة في سياسة التمويل، مع محاولة إلقاء الضوء بنوع من التفصيل على مختلف الأسباب التي تؤدي إلى ضياع الموارد المالية أو زيادة النفقات، مع تقديم عرض لأنهم الوسائل والسياسات الضرورية لتطوير نظام التمويل.

وللإجابة على الإشكالية المطروحة، قسمنا البحث إلى ثلاثة فصول، حيث تطرقنا في الفصل التمهيدي إلى تعريف المنظومة الوطنية للصحة، وأسس ومبادئ تنظيمها ومواردها مع إبراز أهم مراحل التطور التي مرت بها، ثم في الأخير تطرقنا إلى أهم المفاهيم الأساسية المتعلقة بتمويل المنظومة الوطنية للصحة.

أما الفصل الأول فخصصناه لدراسة مراحل تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة، وكذا علاقتها بالوضع الاقتصادية التي كانت تمر بها البلاد في كل مرحلة، وكذا تقدير الاحتياجات المالية للسنوات المقبلة، لنخلص في الأخير إلى تقييم نظام التمويل الحالي من خلال إبراز أهم نقاط القوة ونقاط الضعف. وفي الفصل الثاني ركزنا على إصلاح نظام تمويل المنظومة الوطنية للصحة من خلال تقديم مشروع الإصلاح ككل، مع إبراز لأهم سياسات الإصلاح على المستوى الجزئي أو الكلي، بالتركيز على النظام التعاقدى كبديل مقترح لتمويل المنظومة الوطنية للصحة بغية التكيف مع المعطيات الجديدة للمرحلة الراهنة ومسايرة الارتفاع المتسارع للتكاليف والنفقات على حد سواء، وحاولنا في الأخير دراسة النظام التعاقدى من خلال تجربة مؤسسة صحية عمومية وهي القطاع الصحي بحاسي مسعود.

مقدمة الفصل:

لم يهتم اقتصاديو الصحة بالنشاطات الاجتماعية للفرد إلا بعد الحرب العالمية الأولى، كما لم يهتم التحليل الاقتصادي بالصحة إذ همشها، واعتبرها نشاط اجتماعي ليس له علاقة بالنشاطات الاقتصادية الأخرى، كونها لا تساهم في خلق الثروة ونموها، لكن لاحظ الاقتصاديون أن العوامل المادية أصبحت غير كافية للنمو الاقتصادي، لهذا اهتموا ببعض الإشغالات الأكثر اتساعا، والتي تتمثل في المورد البشري، فالحالة الصحية للسكان أثر مباشر على نمو الاقتصاد، حيث أن القدرة الجسدية والفكرية تنشطه أو تعطله، ويترتب عن ضمان هذه الحالة نفقات باهظة، وأصبحت الصحة تعبر عن تبادل السلع والخدمات بين المنتج والمستهلك، ولها كلفة وسعر، وهي عبارة عن تعريف عمومية وفي بعض الأحيان تكون هناك مجانية العلاج.

ومن هنا ظهرت الضرورة لإيجاد حل للتناقض القائم بين المتطلبات الاجتماعية من جهة، والقيود الاقتصادية من جهة أخرى، والذي يظهر خاصة على مستوى النفقات التي تتزايد بصورة مستمرة.

ومنه فإذا اعتبرنا أن مستويات التنمية الثقافية، الاجتماعية والاقتصادية، تحفز الحالة، فإن هذا لا يمنع أن نضع المنظومة الصحية في المنبع والمصب، لتحديد الحالة الصحية لسكان تحقيق حالة صحية جيدة للمجتمع، كل هذا لا يتم إلا بوجود نظام تمويل يضمن وفرة الموارد المالية بصورة تتوافق وحاجيات السكان.

المبحث الأول: تعريف، أسس و مبادئ تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.

المطلب الأول: تعريف وأنشطة المنظومة الصحية

نلاحظ عندما نتكلم عن المنظومة الصحية، أن هناك نوعا من الالتباس من حيث المفهوم، فمصطلح منظومة له معان مختلفة، فمن جهة يرتبط هذا المصطلح بالهيكلة والنموذج، بحيث يسمح بتحليل مجموعة عناصر متداخلة ليس لها معنى إلا في مجملها، ومن جهة أخرى، ومنذ سنوات عديدة تم ظهور عدد معين من الوسائل، التي أعطت اقترابا جديدا وهو الاقتراب النظامي هدفه دراسة النظام كل، هذا لا يتماشى مع الاقتراب التحليلي، الذي يقوم بتجزئة النظام (دراسته وفحص العلاقات التي توجد بينهم) فيظهر أننا عندما نتكلم على النظام في ميدان الصحة، نلجأ في غالب الأحيان إلى الفحص أو الدراسة التحليلي.

وحتى نستوعب مفهوم المنظومة لابد من تعريفها وإبراز معظم نشاطاتها.

الفقرة الأولى: تعريف المنظومة الصحية

1- تعريف Emile Levy

إن مفهوم المنظومة الصحية مستعمل بصفة متداولة دون وضوح في محتواه، ويعتقد أن المشكل ذو طابع منهجي، ويواصل تفسيره بتعريف المنظومة الطبية التي هي عبارة عن مجموعة تطبيقات إستنتاجية وعلمية، كما يعتبر أن المنظومة مهيكلة إلى ثلاثة أنظمة جزئية مترابطة ومنسجمة:

- 1- النظام الجزئي الأول: أو ما يسمى ب " دائرة الحالات " يعكس الحالة الصحية للأفراد.
 - 2- النظام الجزئي الثاني: أو ما يسمى ب " مصالح الإنتاج الصحية " يمثل جهاز لإنتاج السلع أو الخدمات الطبية.
 - 3- النظام الجزئي الثالث: وهو ما يسمى ب " ميكنزمات التغطية " يتضمن مختلف الهيئات التي تكفلت بالنفقات العلاجية: ضمان اجتماعي، تعاضدية... الخ¹.
- 2- تعريف G.D de Bernis: " المنظومة الصحية هي مجموعة أنشطة مترابطة فيما بينها، متميزة بالنسبة للأنشطة الاقتصادية والاجتماعية الأخرى، تسعى إلى تحقيق الأهداف المحددة داخل المجموعة، مكتسبة بذلك تلاحما وانسجاما، واستقرار في الزمن"².

¹ - Emile Levy, M- Bergner, G- Deminil, F-FagnanI : L'économie des système de santé, Dunoid 1975., p 135

² - G.D de Bernis, Economie de la santé, Séminaire sur l'enseignement de la santé publique aux étudiants en médecine 1973, p 68

هذا التعريف يعتبر المنظومة الصحية كمجموعة عناصر متناسقة من اجل تحقيق هدف موحد يتمثل في تلبية حاجيات الصحة.

3- تعريف Jérôme du Moulin

يعرف أعوان الجهاز العلاجي ب: مؤسسات نظام العلاج (الهياكل الصحية الإدارات، الضمان الاجتماعي، وهيئات البحوث)، وظائف الصحة (أطباء وممرضون) صناعات سلع صحية (أدوية وتجهيزات طبية و جراحية) وأعوان النظام الاجتماعي الدولة، الجماعات المحلية، المنظمات النقابية، البترونة).

من خلال هذه التعاريف نرى أن DE BERNIS اعتبر المنظومة الصحية مجموعة عناصر مترابطة ومتناسقة تهدف إلى تحقيق غاية واحدة تتمثل في تلبية الحاجيات الصحية. و يلغي هذا التعريف كل النشاطات التي لا تساهم بصفة مباشرة في تحقيق هذا الهدف، على سبيل المثال: النشاطات الاجتماعية التي تحاول أن تقلص من الفوارق الاجتماعية. وحتى يتحقق هذا الهدف العام فعلى المنظومة الصحية أن تقوم بعدة أنشطة.

الفقرة الثانية: نشاطات المنظومة الصحية

ويمكن حصرها في ستة وظائف أساسية:

- 1- الإسعافات الطبية.
- 2- الوقاية الصحية.
- 3- نقل المرضى.
- 4- صناعة وتجارة السلع الطبية.
- 5- التعليم والبحث الطبي.
- 6- مصالح التسيير العام للصحة.

لا تتميز هذه النشاطات بنفس الطبيعة، بحيث يساهم النشاطان الأولان مباشرة في الصحة، بينما يعتبر النشاطان الثانيان مساعداً للنشاطين الأولين، وهذا لا يعني أن المنظومة لا بد من أن تكون متسلسلة، فالنشاطات المساعدة تعمل بنوع من الاستقلالية بالنسبة للأولين.

1 الإسعافات الطبية:

تتكون من مجموعة النشاطات التي لها وظيفة التنبيه، التشخيص ومعالجة الإضطرابات الصحية للأفراد، والهدف منها تلبية الحاجيات الفردية.

وتتضمن هذه المجموعة، مجموعة من النشاطات الطبية و كل الإسعافات في المستشفيات سواء أكانت مقدمة من طرف مؤسسات عامة أو خاصة، أو من طرف الإسعافات غير الاستشفائية حتى في المنازل، تجارية كانت أو غير تجارية، (التي تخص كل الخدمات الطبية ذات الطابع الوقائي مثل الصحة المدرسية حماية الأمومة والطفولة، محاربة الأمراض العقلية... الخ).

2 الوقاية الصحية:

عكس النشاطات الصحية الأخرى فإن الوقاية تقع قبل وقوع المرض أو العلة، وهي لا تهدف إلى تلبية حاجيات الفرد، بل إلى تلبية حاجيات الجماعة بحيث هذه الأخيرة تستفيد من مزاياها، ولهذا لا يمكن تجزئتها.

إن مجال الوقاية جد متنوع، تحدد أهميته حسب التصور الذي يمكن أن يوضع له مثلا: الوقاية من حوادث المرور، النشاط الرياضي... الخ، ولهذا النوع من النشاطات عدة مستويات:

- **الوقاية المبدئية:** هدفها القضاء على أسباب وظروف ظهور المرض بحيث تهتم بالمحيط (كمعالجة المياه، محاربة التلوث، تحسين ظروف السكن) وأمن الأفراد (تغذية حسنة، ممارسة الرياضة).

- **الوقاية الثانوية:** هدفها تجنب الأمراض وذلك عن طريق التلقيحات و الكشف عن الأمراض وإعداد النتائج، حيث تعتبر النشاطات الوقائية أكثر أهمية من النشاطات العلاجية.

3 صناعة وتجارة السلع الطبية:

يعتبر هذا النشاط مهما ومتوعا، لذا فالصناعة الصيدلانية ليست الوحيدة الموجهة إلى المنظومة الصحية، فهناك نشاطات أخرى تتمثل في صناعة الأجهزة الطبية، الأفلام الإشعاعية، كساء طبي التجبير... الخ وما يمكن استنتاجه أن الأجهزة الصيدلانية توجه خاصة إلى طب المدن، بينما صانعي الأجهزة منتجاتهم إلى طب المستشفى لأنه أكثر استعمالا للتقنيات.

4 نقل المرضى:

الهدف من هذا النشاط هو اصطحاب المرضى إلى المؤسسة العلاجية حيث تتم هذه التنقلات عن طريق سيارات الإسعاف والنقل العمومي وسيارات خاصة.

5 التعليم والبحث الطبي:

- إن التعليم الطبي يسمح بتكوين موظفي طبيين وشبه طبيين، لهذا يتم إدخال هذا النشاط في المنظومة الصحية، لذا ينبغي الأخذ بعين الاعتبار بعض المقاييس منها:
- طبيعة التعليم: التعليم العالي، التعليم في المستشفيات والتعليم المهني (مدارس للمرضين).
 - المتخرجين: أطباء، جراحي أسنان، صيادلة... الخ، الذين كونوا في مختلف المدارس والمعاهد.
 - ويعتبر البحث الطبي عنصرا أساسيا للتطور التقني، هدفه إنتاج المعارف التي تساعد على تحسين نوعية العلاج.

6 مصالح تسيير الصحة:

- يخص هذا البند مصالح الإدارات العمومية، ومؤسسات الضمان الاجتماعي التي تهدف أساسا، إما إلى إدارة المصالح الجماعية للمواطنين على المستوى الصحي، وإما لإدارة أموال الضمان الاجتماعي المخصصة لتغطية نفقات الاستهلاك الطبي.
- المطلب الثاني: أسس تنظيم المنظومة الوطنية للصحة**

هناك ثلاثة مبادئ ينبغي الاعتماد عليها من أجل بناء المنظومة الصحية وهذه المبادئ هي:

- التوحيد في تنظيم مصالح الصحة.
 - المساهمة الفعلية للسكان في النشاطات الوقائية وحماية الصحة بصفة عامة، فهي عبارة عن نظرة جماعية للصحة وضمن الديمقراطية.
 - ترقية المعايير الوقائية:
- تفسر مشكل التنمية والترقية الاجتماعية والاقتصادية، وتظهر المنظومة الوطنية للصحة اجتماعية في مضمونها وغايتها، وتتكون من مجموع الوسائل التي تخص الحماية وترقية الصحة، فالمنظمة الصحية أصبحت موحدة في تنظيمها ولا مركزية في سيرها وذات وسائل مدعمة فعالة تضمن استقلالية تامة معتمدة على خلق الجهوية الصحية.
- إن درجة فعالية المنظومة الوطنية للصحة تقاس بتنظيمها وسيرها، وتحدد هذا التنظيم يسمح بسير فعال.

الفقرة الأولى: مبادئ التنظيم

- إن المنظومة الصحية في الجزائر تسييرها وتخطيطها السلطات العمومية التي تحدد الأهداف الواجب تحقيقها، ولذلك تم وضع ثلاثة مبادئ:

1 مبدأ التقسيم القطاعي.

2 مبدأ الجهوية.

3 مبدأ سلمية العلاج.

الفرع الأول: مبدأ التقسيم القطاعي

إن المرسوم الذي خص مجانية العلاج جاء بشيء جديد فيما يخص التنظيم، هو التقسيم الجغرافي للمنظومة الصحية الى قطاعات صحية، الذي يسمح بتأبيبة حاجيات المواطنين من العلاجات، ويؤكد مرسوم 1984 /09/05 على تنظيم نوع جديد من المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري التي تتميز بالشخصية المعنوية والاستقلالية المالية.

ويضم القطاع الصحي كل من المستشفيات، العيادات، المراكز الصحية، قاعات الإسعاف، والاستشارات الطبية، مراكز لحماية الأمومة و الطفولة، مراكز تباعد الولادات، المستوصفات، وكل الهياكل الأخرى التابعة للقطاع العمومي الموجود في التقسيم الإداري للدائرة، ويعتبر المستشفى مركز اتخاذ القرار.

لذا فالقطاع الصحي يعتبر محور ولب القطاع العمومي، حيث يتميز بالاستقلالية التامة فيما يخص تنفيذ الميزانية، وباللامركزية الإدارية بالنسبة إلى الإدارة المركزية، وتخضع له المراكز الطبية الاجتماعية للهيئات العمومية أو شبه عمومية، حيث أن مستخدميها ونشاطاتها يدخلون في ظل القطاع الصحي.

إن التقسيم العمودي، الذي كان في الحقيقة تقسيما إداريا، وجاء لتوحيد التسيير الإداري والمالي وتنفيذ البرامج من طرف مختلف القطاعات الصحية للدائرة، يعاني من مشكلة الانتقال من الوظيفة الصحية إلى الوظيفة الإدارية، وهاتان الوظيفتان لا تجمعهما الانشغالات ولا المنطلق ولا حتى الأهداف.

ولهذا التقسيم عيوب أخرى منها:

يزيد من التكاليف وذلك بفتح لكل قطاع صحي مناصب شغل، مثلا (مدير وثلاثة نواب لكل واحد منهم سكرتيرة)، لهذا نلاحظ أن النفقات المستخدمين تحتل المرتبة الأولى وهذا ما يفسر التكاليف الباهظة على مستوى الميزانية التسيير في كل القطاعات الصحية، حيث ارتفعت بصفة جد مذهلة بعد إعادة التقسيم الإداري الأخير.

أهمل الخدمات الخفيفة واهتم بالطب الثقيل فهو أول من يحض بنصيب الأسد من التمويل بالأجهزة، الأدوات الصغيرة، تخصيص الأطباء، الشبه طبيين، تخصيص السيارات الصحية، والقائمة ما تزال طويلة، كما أهملت الإسعافات الأولية والوقائية.

الفرع الثاني: مبدأ سلمية العلاج

إن التحسن العام في سير المستشفيات، وفتح أبوابها للمواطنين مثلما كان أيام العلاج المجاني أصبح غير ممكن اليوم، إلا بمساعدة الشبكة الصحية القاعدية، فعلى هذه الأخيرة أن تقوم بكل النشاطات الأساسية، لهذا الغرض تم اعتماد التقسيم الذي يتمثل في سلمية العلاج. ويتميز هذا المبدأ في نقل النشاطات العلاجية الصحية الأولية للوحدات القاعدية، أي تمييز الهيئات غير الإستشفائية عن الاستشفائية، حسب مستويات محددة آخذا بعين الاعتبار درجة التعقيد، وكذلك الاحتياجات التي يمكن تلبيتها.

إن سلمية العلاج تفسر أساسا عملية انطواء المستشفيات على نفسها، وتهدف إلى وضع حد كامل ل " مجانية المستشفيات " بدلا من تحقيق سير كامل لمجموعة الهياكل.

فهل يمكن أن تتحول المستشفيات الجزائية إلى مراكز علاج حديثة كما نريد أن نراها لا كما هي عليه الآن مجرد مرافق إيواء جماعي؟ وهل يمكن الاعتماد على مستشفياتنا في تلبية احتياجات العلاج المعقدة التي لازالت تعاني الكثير حيث ساعدت في زيادة نفقات العلاج في الخارج؟.

وتصنف الهيئات الصحية إلى أربعة مستويات حسب درجة التعقيد والتخصصات:

- **الصف د:** الإسعافات الأولية، وتتمثل في المراكز الصحية، قاعات الإسعاف والاستشارة الطبية، والعيادات.
- **الصف ج:** العلاجات العامة، وتتمثل في مستشفيات الدوائر والولايات، وتخص الطب الداخلي، والجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد، وطب الأطفال، والتي تهدف إلى تغطية احتياجات الدائرة من العلاجات العامة، ويمكن القول أن التغطية الصحية كافية فيما يخص العلاج العام، حيث تصل نسبة هذه التغطية إلى 85% من الخدمات ذات الطابع العلاجي.
- **الصف ب:** العلاجات المتخصصة التي تقوم بها المراكز الإستشفائية المتخصصة المتواجدة في مقر الولاية.
- **الصف أ:** العلاجات ذات التخصص العالي، وتقوم بها مؤسسات استشفائية متخصصة في المقر الجهوي، وتتمثل مهامها في الوقاية، معالجة الأمراض العوبصة مثل: أمراض السرطان والقلب والرضوض والعجز الكلوي، فنعتبر هذه المؤسسات هيئات مرجعية وطنية.

ونلاحظ من هذا أن السلمية أهملت جانبا أساسيا لا بد منه حتى يكون التسلسل منطقي وأكثر ليونة، ولقد أهملت احتياجات المواطن، فكان عليها وضع معايير تتماشى مع الكثافة السكانية وظروف المعيشة، والظروف الاجتماعية والاقتصادية العامة، فمبدأ السلمية مثلما تم تعريفه، ما هو إلا أداة من أجل انه يتمشى عكسا مع الإحتياجات العامة للمواطنين، كما أهمل العلاقات الوقائية وكثف من العلاجات الطبية.

ما تجدر الإشارة إليه أيضا أن المريض لا بد له أن يمر على كل هذه المراحل، مما قد يسبب له خطر على صحته مثل: المصاب بالسرطان عليه أن يزور:

1- قاعات إسعاف واستشارات طبية.

2- مركز صحي.

3- عيادة متعددة الخدمات.

4- المستشفى العام للدائرة.

5- المستشفى المختص للولاية.

6- المستشفى ذو الاختصاص العالي.

هذه السلسلة لا تخدم المصالح الصحية للمواطن، بل تخدم المستشفى، بحيث تعطي أهمية كبيرة في تكثيف العلاجات الطبية بدلا من تقليصها.

الفرع الثالث: مبدأ الجهوية الصحية

أعدت وزارة الصحة و السكان سنة 1982 الخريطة الوطنية للصحة، بحيث تقسم فيها القطر الوطني إلى 13 منطقة صحية تحتوي كل واحدة منها على عدد من الولايات، وتضم مختلف القطاعات الصحية.

● قطاع صحي من نوع س: حيث عدد الاختصاصات ومناطق الإقامة محددة من طرف القانون.

● قطاع صحي من نوع ب: يخص المستشفيات التي مقرها الولاية له 20 تخصصا ويرأس عدد معين من القطاعات الصحية من نوع ج.

● قطاع صحي من نوع أ: يخص مقر الجهة ويرأس عدد معين من القطاعات الصحية من نوع ب، حيث يتوجب عليه تقديم الخدمات الصحية في 48 تخصص.

عرف هذا المبدأ عيوباً كثيرة من بينها بناء مستشفيات قام بها مقول أجنبي، ويظهر أن عددا كبيرا من المستشفيات قد تحولت إلى فنادق في الجنوب الجزائري.

الفقرة الثانية: الوظائف الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة:

تقوم المنظومة الوطنية للصحة بالوظائف الأساسية التالية:

- 1- توزيع العلاجات.
- 2- تنظيم نشاطات التكوين في العلوم الصحية.
- 3- تنظيم النشاطات الادارية الصحية.

الفرع الأول: توزيع العلاجات:

تتميز هذه الوظيفة بالتكامل المستمر للنشاطات الصحية، من تقديم النشاطات الوقائية والعلاجية فتوزيع العلاج يخص كل فئات المجتمع وشرائحه من: العائلة الى الوسط التربوي ووسط العمل ووسط الحياة، ولتحقيق هذا النوع من التكامل تعتمد المنظومة الصحية على ثلاثة عوامل:

- إدارة صحية لامركزية.
- سلمية متناسقة للعلاج.
- استقلالية المنطقة الصحية.

الفرع الثاني: التكوين في العلوم الصحية

لا يمكن ضمان سيرورة صحية، في غياب إطارات ذات كفاءات ومهارات عالية، تم تكوينهم وفق الاحتياج ويمس هذا التكوين فئات:

- تقنيي الصحة.
- الأطباء.
- موظفي الإدارة الصحية.
- موظفون مساعدون للمصالح المساعدة.

الفرع الثالث: تنظيم النشاطات الإدارية للصحة

- إعداد وتشخيص المشاكل الصحية، تحليل الاحتياجات الصحية، ومتابعة ووضع معايير من أجل حماية المجتمع.
- تحديد النشاطات والبرامج الصحية.
- صياغة الآراء والتوجيهات حول نشاطات التكوين.
- إشراك المواطنين في تحديد الاحتياجات الطبية.

الفقرة الثالثة: الصيدلية المركزية الجزائرية:

الصيدلية المركزية مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري تتمتع با الشخصية المنوية و الاستقلال المالي، وتعد تجارة في علاقتها مع الغير، و توضع تحت وصاية وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات و انطلاقا من هذا، تتولى الصيدلية المركزية في اطار السياسة الوطنية للصحة العمومية ، مهمة تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلية و الادوات الطبية الجراحية، و خزنها و توزيعها و كذلك صنع المستحضرات الصيدلانية و أي تكوين له علاقة بنشاطها، ولهذه الصفة تتولى الصيدلية المركزية ما يأتي:

- يعد البرنامج التموين بالاتصال مع الهياكل الصحة العمومية.
- تبادر بجميع الأعمال التي تتطلبها برامجها التنموية و تنجزها.
- تضمن مراقبة جودة المنتجات التي تشتريها أو تصنعها بوسائلها الخاصة أو عن طريق هيئات الرقابة الخارجية المعتمدة قانونا.
- تضمن توزيع المنتجات الصيدلانية و الأدوات الطبية لجراحية على الهياكل الصحية العمومية.
- تضمن عند الاقتطاع تسويق المنتجات الصيدلانية لفائدة المرضى المصابين بداء خاص و يحدد بقرار من الوزير المكلف بالصحة شروط توزيع هذه المنتجات الصيدلانية.
- تضمن صنع المستحضرات الصيدلية العامة و الاختصاصات الصيدلانية.
- تحوز و تسيير المخزونات الإستراتيجية حسب المقاييس التي تحددها السلطات المعنية.
- تساهم المصالح المعنية في تكون مستخدمى الصحة الذين يمارسون نشاطا له علاقة بهدفها و تحسين مستواهم و تجديد معلوماتهم.
- تمارس هذه الأعمال المتممة في إطار المهام المحددة على هذا النحو مع إحترام دفتر الشروط.

المبحث الثاني: تنظيم وسير المنظومة الوطنية للصحة

المطلب الأول: المؤسسة العمومية للصحة

تصنف المؤسسات العمومية للصحة إلى ثلاث فئات هي : المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، القطاع الصحي، تقوم هذه المؤسسات بمهام مختلفة حسب المستوى ، إذ يقوم المركز الاستشفائي الجامعي بدور قطب جهوي للعلاجات المتخصصة والعالية وتسانده في هذه المهام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة التي عادة ما توكل لها مهام التكفل باختصاصات معينة كطب العيون، أمراض الكلى ، أمراض العظام والرضوض ، الأمراض العقلية. أما القطاعات الصحية فقد أوكلت لها مهام التكفل الصحي القاعدي بحيث تضمن هذه المؤسسات التكفل بالمواطن في مجال التخصصات الطبية القاعدية وهي: الطب الداخلي، الجراحة العامة ، طب الأطفال ، أمراض النساء والتوليد.

تتوفر الجزائر على 13 مركز جامعي، 33 مؤسسة استشفائية متخصصة، 185 قطاع صحي، وهو ما يمثل 231 مؤسسة عمومية للصحة تتوفر على هياكل صحية مهمة بحيث تتوفر هذه المؤسسات على 230 مستشفى بطاقة استيعاب تقدر ب 281 37 سرير، 512 عيادة متعددة الخدمات، 1275 مركز صحي، 4545 قاعة علاج.

تتوفر المؤسسة الاستشفائية المتخصصة على 6222 سرير موزعة على التخصصات الآتية: السرطان، الأمراض العقلية، أمراض الجهاز الهضمي، أمراض الأطفال، أمراض العيون، أمراض الكلى، أمراض القلب، الحروق، جراحة الأعصاب.

يتوفر المركز الاستشفائي الجامعي على 465 13 سرير موزعة على 28 هيكل استشفائي¹، وهو ما يمثل الوسائل الهائلة التي تم إنجازها منذ الاستقلال، إلا أن هذا الكم الهائل من الهياكل التي لا تزال تعاني من مشاكل في التسيير أولا وفي عدم الانسجام ثانيا وهو ما انعكس سلبا على نوعية الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات حيث أن نسبة شغل هذه الأسرة لا تتجاوز أحيانا 44%.

إذن فالمؤسسة العمومية للصحة مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ولها أهلية التقاضي، ويشرف على تسييرها مجلس إدارة ويديرها مدير.

¹ إحصائيات صحية، التقرير السنوي لوزارة الصحة و السكان و غصلاح المستشفيات، 2004، ص 25-33

مجلس إدارة:

وهو هيئة تداولية يتشكل من المنتخبين المحليين، الأطباء الممارسون من رؤساء المصالح وغيرهم، شبه الطبيين الممارسين بالمؤسسة، ممثلان عن الوالي، الجمعيات المعتمدة في المنطقة والتي لها علاقة بالنشاط الصحي كجمعية ضغط الدم، المصالح المالية التي تقع المؤسسة في دائرة اختصاصها، كذا مصالح الضمان الاجتماعي.

ويتمتع مجلس الإدارة بصلاحيات واسعة في مجال التسيير ذلك أن مجلس الإدارة هيئة يخولها القانون اتخاذ القرارات الاستراتيجية في المجالات التالية: في مجال التنمية الصحية، في مجال التصديق على حساب المؤسسة الذي يعده قابض المؤسسة، في مجال التصديق على المشاريع الاستثمارية كإنجاز قاعات للعلاج، أو توسيع مصالح طبية.

كما يصادق على مخططات التكوين والاتفاقيات الخاصة بالتكوين، كما يصدق على العقود الخاصة بالخدمات العلاجية وكذا النظام الداخلي للمؤسسة. ويصادق أيضا على كل عمليات اقتناء، تحويل العقارات والمنقولات وأيضا عقود الإيجار التي تبرمها المؤسسة مع خواص أو مصالح أخرى، وله أن يقبل أو يرفض الهبات، الهدايا المقدمة للمؤسسة.

يجتمع المجلس في دورة عادية كل ستة (06) أشهر بمعدل دورتين كل سنة وكذا عند الضرورة بناء على دعوة من الرئيس أو ثلثي (2/3) الأعضاء، تتخذ قراراته بالأغلبية البسيطة وتصبح قابلة للتنفيذ بعد التصديق عليها من السلطة الوصية. (الوالي بالنسبة للقطاع الصحي والمؤسسة الاستشفائية المتخصصة، الوزارة بالنسبة للمركز الاستشفائي الجامعي).

يعتمد مجلس الإدارة في جلسته الأولى نظاما داخليا يحكم سيره وينظم عمله.

وبالنظر إلى الصلاحيات التي خولها القانون لهذه الهيئة ومقارنة مع واقعها فالفرق شاسع بين النص القانوني والواقع، فمجلس الإدارة لا يجتمع إلا للتصديق على الميزانية بصفة شكلية لأن الميزانية يعد توزيع الاعتمادات فيها من طرف مدير القطاع الصحي بناء على توجيهات المدير الولائي أو المركزي أو مدير الميزانية.

فمجلس الإدارة لا يزيد ولا ينقص ولا يناقش أبواب الميزانية، وإنما يصادق عليها كما تم اقتراحها، وهو لا يسأل عن مصير الميزانية السابقة ولا اللاحقة ولا يطلب من المدير حتى تقديم عرض ولو بسيط عن الميزانية السابقة بالرغم من أن القانون يفرض عليه دراسة الحساب الإداري والمحاسبي.

مدير المؤسسة:

يمثل السلطة التنفيذية في المؤسسة ويسهر على السير الحسن لها ويمارس السلطة السلمية على موظفيها، يعين المدير بقرار وزاري وتنتهي مهامه بنفس الطريقة، ويساعده مديرون مساعدون يعينون بنفس الطريقة.

وتتمثل مهام مدير المؤسسة فيما يلي:

- المسؤول أولاً وأخيراً عن تسيير المؤسسة.
- يمثل المسؤول في الحياة المدنية وأمام القضاء وفي كل علاقاتها مع الأطراف الأخرى.
- يحضر ويعد اجتماعات مجلس الإدارة ويحرر محضر مداولاته.
- يعد مشاريع الميزانية ومختلف الحسابات ويعرضها على مجلس الإدارة.
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي للمؤسسة ويعرضه على مجلس الإدارة للتصديق عليه.
- ينفذ قرارات مجلس الإدارة ويقدم عرضاً عن ذلك في كل دورة من دورات المجلس.
- يعد التقرير السنوي للنشاط ويعرضه على مجلس الإدارة للتصديق عليه.
- يبرم العقود والصفقات طبقاً للإجراءات المعمول بها.
- يمارس السلطة السلمية على كل موظفي المؤسسة دون استثناء.
- يمارس سلطة التوظيف والعزل ما عدا ما استثناه القانون في بعض الأسلاك.
- يفوض بعض سلطاته لمساعديه وتحت مسؤوليته الكاملة.

المجلس الطبي:

هيئة استشارية آراؤها غير ملزمة للإدارة، تستشار خاصة في المسائل المتعلقة بالنشاط الطبي والعلاقات بين مختلف المصالح الطبية واقتناء التجهيزات الطبية وتوزيعها وتهيئة المصالح الطبية وإعادة ترميمها، برمجة النشاطات العلمية التي تسطرها المؤسسة العمومية للصحة، إنشاء مصالِح جديدة أو غلق أخرى، كما يطلب رأيه في المسائل المتعلقة بالتكوين الطبي وشبه الطبي لاسيما ما يتعلق منها بالتكوين المتواصل وتجديد المعارف.

يتخذ المجلس الطبي رئيساً له ونائباً له لمدة ثلاث (03) سنوات قابلة للتجديد ويضم في عضويته رؤساء المصالح الطبية للمؤسسة ورؤساء القطاعات الصحية الفرعية، صيدلي المؤسسة، رئيس جراحي الأسنان، ممثل السلك شبه الطبي.

اجتماعات المجلس دورية كل شهرين ويمكن أن يجتمع بناء على طلب من مدير المؤسسة، رئيسه، أو ثلثي (2/3) الأعضاء.

تتمثل مهمة المؤسسة العمومية للصحة في التكفل بحاجيات السكان في مجال الصحة ومن ثم فهي تسعى من خلال هياكلها ومسئولياتها الإدارية إلى برمجة، تنظيم و توزيع العلاج عبر المنطقة الصحية التي تغطيها، كما أنها مكلفة بدعم وتعزيز كل نشاط صحي يهدف إلى تعميم تطبيق قواعد الوقاية ومكافحة الأوبئة والأمراض وتشخيصها ومعالجتها، كما أنها تسهر على كل ما هو متصل بذلك.

كما أن للمؤسسة العمومية للصحة دورا هاما في تطبيق وتنفيذ البرامج الوطنية للصحة باعتبارها الأداة الناجحة لتجسيد السياسة الصحية التي تنتهجها الحكومة، كما تساهم في ترقية وحماية المحيط من خلال المشاركة الفعالة في كل برامج التنمية سواء كانت تخص الصحة أو قطاعات أخرى،

كما للمؤسسة العمومية للصحة دورا آخر في مكافحة الآفات الاجتماعية المختلفة لاسيما ما يتعلق منها بظاهرة تناول المخدرات، وذلك بإنشاء وتجهيز وحدات خاصة بالعلاج والتكفل، كما تساهم بشكل دائم ومتصل في تكوين إطارات الصحة من أطباء وشبه الطبيين والعمل على تجديد معارفهم بشكل مستمر.

المطلب الثاني التنظيم الإداري للنظام الوطني للصحة

إن إدارة الصحة بصفة عامة تنظم في ثلاثة مستويات: الوطني، الجهوي، المحلي، و من وجهة نظر بعض المنظرين في مجال الصحة فإن وزارة الصحة من أهم الوزارات، ذلك أنها تتحكم في وضع سياسات خاصة بمسائل مهمة تتعلق بالمجتمع، كما أن لوزير الصحة في الجزائر صلاحيات واسعة في مجال رسم السياسة الصحية وتنظيم وتسيير المنظومة الوطنية للصحة، هذه الصلاحيات التي حددها المرسوم التنفيذي 24/90 والتي كان من المفروض أن يعاد النظر فيها بإضافة مهام جديدة لوزارة الصحة، وقد عدل المرسوم سنة 1996 لكن وبعد التعديل الوزاري في 2001/05/31 حيث أضيفت لها عبارة إصلاح المستشفيات كان من المفروض إعادة النظر في المرسوم بإضافة صلاحيات جديدة فيما يخص إصلاح المستشفيات، ومن بين هذه الصلاحيات: اقتراح العناصر العامة للسياسة الوطنية للصحة يجعل من وزير الصحة صانع المنظومة الوطنية للصحة ومن ثم فإن الإدارة المكلفة بالصحة على المستوى المركزي يجب أن تتوفر على طاقات بشرية لها من الإمكانيات المادية ما يؤهلها لأداء هذه الوظيفة التصورية.

والوزير مسؤول عن هذه الصلاحية أمام مجلس الحكومة، مجلس الوزراء، البرلمان بغرفتيه، كما أنه مجبر قانونا على تقديم نتائج عمله في هذا المجال إلى جميع السلطات.

وفي إطار السياسة العامة للصحة فلوزير الصحة صلاحيات واسعة في مجال تحديد استراتيجيات التنمية الصحية من خلال إنجاز الدراسات، تطوير أساليب الوقاية العامة، تطوير أساليب التحكم في النمو الديمغرافي سواء بالزيادة أو النقصان، تصور تنظيم صحي يستجيب لحاجيات السكان وتوزيع الوسائل والهيكل توزيعا عادلا، فالتنظيم المحكم هو الذي يؤدي إلى إنتاج خدمات صحية متطورة كما يؤدي إلى تحديد المسؤوليات تحديدا واضحا.

كذلك في إطار اقتراح العناصر العامة للسياسة الوطنية للصحة فإن الوزير يعد الخريطة الصحية، ويعرض مراحل إنجازها وتحقيقها والآثار المستقبلية التي تتوخى الحكومة تحقيقها. ذلك أن الخريطة الصحية تعتبر الوسيلة المثلى لتحقيق تنمية صحية بصورة منسجمة وتساهم في تحقيق تنظيم العلاج على المستوى الوطني.

كما أن لوزير الصحة صلاحيات واسعة في مجال تخطيط وتنظيم التكوين الخاص بمهنيي الصحة وتأهيلهم وتأهيل المكونين تأهيلا يتلاءم مع المهام البيداغوجية الحديثة، ومن ثم فهو مكلف بوضع خطط تكوينية تنماشى وحاجيات القطاع.

كذلك له صلاحيات أخرى في مجال تسيير سوق الأدوية والمعدات الطبية ومن ثم فهو مكلف بوضع معايير لاعتماد التجهيزات الطبية سواء في القطاع العام أو الخاص وفقا لمؤشرات اقتصادية واجتماعية محددة مسبقا حتى لا يكون لهذه التجهيزات الطبية توزيع فوضوي لا يخضع لأي معيار.

ومن أجل تجسيد كل هذه الصلاحيات فإن وزير الصحة يتوفر على إدارة مركزية منظمة على شكل عشر (10) مديريات مركزية:

- 1- مديرية الوقاية العامة.
- 2- مديرية مصالح الصحة.
- 3- مديرية التكوين.
- 4- مديرية الموارد البشرية.
- 5- مديرية التخطيط.
- 6- مديرية السكان.
- 7- مديرية التنظيم والشؤون القانونية.
- 8- مديرية الاتصال الاجتماعي.
- 9- مديرية الصيدلة والتجهيزات الطبية.
- 10- مديرية الميزانية.

وبالإضافة إلى ذلك توجد المفتشية العامة لوزارة الصحة والتي تهتم بمراقبة تسيير كل المؤسسات الخاضعة لوزارة الصحة ويشرف عليها مفتش عام يساعده ستة (06) مفتشين. ولوزارة الصحة مصالح خارجية متمثلة أساسا في مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على مستوى كل ولاية وتعتبر امتدادا للوزارة على المستوى المحلي، فمدير الصحة ممثل الوزير على مستوى الولاية باعتباره يشرف على قطاع الصحة في الولاية ويقترح للتعيين من طرف الوزير كما يعتبر ممثلا للوالي في مجال التنمية على مستوى الولاية. ويمارس مدير الصحة أيضا الوصاية على المؤسسات العمومية للصحة باسم الوالي. وقد حدد المرسوم 216/97 مهام المديرية عندما تطرق لصلاحيات المدير والتي استمدت أساسا من صلاحيات الوزير.

المطلب الثالث: نقاط القوة والضعف

إن نقاط القوة التي تميز النظام الوطني للصحة يمكن حصرها في ثلاث نقاط:
1- بالنسبة للتجهيزات: نلاحظ أن التغطية الجغرافية متوازنة نسبيا، مما يسمح بالاستجابة لمطالب المواطنين.

كما تتوفر الدولة على شبكة تجهيزات استشفائية متمثلة في 13 مستشفى جامعي، 31 مؤسسة استشفائية متخصصة، 188 قطاع صحي، عدد الأسرة 52500،

2- إمكانيات بشرية لا بأس بها¹:

في القطاع العمومي:

- الممارسون الطبيون 31027 .

- الممارسون شبه الطبيين 88499.

- الأعوان الإداريون الأعوان التقنيون وأعوان المصالح 60054.

في القطاع الخاص: الممارسون الطبيون 21829.

أما عن توزيع المستخدمين على مختلف المؤسسات الصحية فهو موضح في الملحق رقم 01.

3- برامج الوقاية: من الأمراض المنتقلة، والتحكم في النمو الديمغرافي والأثر الإيجابي الذي انعكس على الحالة الصحية للسكان.

غير أن هذه النقاط الإيجابية لا يمكن أن تخفي القيود والعراقيل التي يعرفها النظام الوطني للصحة.

وتتمثل نقاط الضعف والخلل فيما يلي:

¹ حسب التقرير السنوي لسنة 2004 الخاص بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

نقائص تنظيمية: وترجع للأسباب التالية:

- 1- نظام إعلامي غير كفاء.
 - 2- مشاكل في التسيير.
 - 3- تمويل غير كافي.
 - 4- نقص المستخدمين وخصوصا الممارسين المتخصصين.
 - 5- حالة التجهيزات والتي تبقى محاولات تجديدها وصيانتها غير كافية.
- مشاكل في التمويل:** فنظام الصحة يعاني من ضعف مرتبط أساسا بالتغطية الصحية فيما يخص الموارد المالية.

كما أن نقص الوسائل المالية زاد من تفاقم الوضعية (ميزانية المؤسسة الصحية في تراجع مستمر سنة 1987 3.6 % من **PIB** وحاليا 1.3 %).

وفي المقابل ارتفاع الطلب على العلاج وذلك راجع إلى المرحلة الانتقالية الوبائية والديمغرافية.

إن هذا الانخفاض في موارد التمويل انعكس على نشاط المؤسسات، وبالرغم مما ذكر فإننا نلمس نقصا في التنسيق بين قطاع الصحة والضمان الاجتماعي حيث لم يتم تحيين أسعار الأعمال الطبية منذ سنة 1987.

وبجانب كل هذا نلاحظ غياب التحكم في التكاليف والنفقات. حيث ليس هناك أي ممارسات وقعية بخصوص عقلنة النفقت وكذا محاولة ترشيد التكاليف.

عدم استقرار مستخدمي الصحة: فظروف العمل في تدهور مستمر، تعداد المستخدمين، إمكانيات ترقيتهم، كلها أمور نادرة الحدوث، مع الأخذ بعين الاعتبار الفارق الموجود بين هذه الظروف وتلك التي يقدمها القطاع الخاص.

المطلب الرابع: موارد عرض العلاج

وتتمثل هذه الموارد أساسا في الموارد البشرية، المادية والمالية.

الفقرة الأولى: الموارد البشرية

يتوفر النظام الوطني للصحة على 202507 موظف وهو ما يعادل 12.8 % من مجموع أعوان الوظائف العمومي والذي تحتل فيه منظومة الصحة المرتبة الثالثة بعد التربية والجماعات المحلية.

هذه الموارد البشرية يشكل فيها الأطباء 15 %، شبه الطبيين 51 %، الإداريون 7 %، أعوان الإدارة و المصالح و التقنيين 27 %.

الجدول رقم 01

عدد الأطباء الاختصاصيين حسب كل مؤسسة (إحصائيات سنة 2004)

المجموع	القطاع الخاص	مجموع القطاع العمومي	المؤسسة الاستشفائية الخاصة	المركز الاستشفائي الجامعي	القطاع الصحي
10387	5606	34781	520	1147	3114
% 100	% 54	% 46	% 5	% 11	% 30

المصدر: التقرير السنوي لسنة 2004 الخاص بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الجدول رقم 02

عدد الأطباء العاميين حسب كل مؤسسة (إحصائيات سنة 2004)

المجموع	القطاع الخاص	مجموع القطاع العمومي	المؤسسة الاستشفائية الخاصة	المركز الاستشفائي الجامعي	القطاع الصحي
18714	6376	12338	204	731	111403
% 100	% 34	% 66	% 1	% 4	% 61

المصدر: التقرير السنوي لسنة 2004 الخاص بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الجدول رقم 03

عدد جراحي الأسنان حسب كل مؤسسة (إحصائيات سنة 2004)

المجموع	القطاع الخاص	مجموع القطاع العمومي	المؤسسة الاستشفائية الخاصة	المركز الاستشفائي الجامعي	القطاع الصحي
8635	3987	4648	24	83	4541
% 100	% 46	% 16	% 0	% 1	% 53

المصدر: التقرير السنوي لسنة 2004 الخاص بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الجدول رقم 04

تطور عدد الممارسين شبه الطبيين

المجموع	المساعدون شبه الطبيين	المؤهلين	الحاصلون على شهادة دولة	
82362	28811	27640	25911	1991
85843	10433	26655	48755	2001

والملاحظ هو أن عدد المستخدمين شبه الطبيين يمثل حوالي نصف مستخدمي المؤسسات العمومية للصحة أي بمعدل 3.2 شبه طبي لكل ممارس طبي.

الجدول رقم 05

تطور عدد الإداريين وأعاون المصالح والتقنيين

المجموع	أعاون المصالح والتقنيين	الإداريون	
51036	39128	11908	1991
59125	44855	14270	2001

المصدر: التقرير السنوي لسنة 2004 الخاص بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

فقطاع الصحة إذن يتوفر على عدد هائل من الموظفين يفوق عددهم 200 ألف، سنة 2004 أي ما يعادل 13 % من قطاع الوظيف العمومي.

وما هو ملاحظ هو ظاهرة النقص الفادح في الأطباء الاختصاصيين وسوء توزيعهم بحيث نسجل فوارق كبيرة بين مناطق الوطن حيث نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله طبيب لكل 2000 ساكن في الجنوب، ويتمركز معظم الأطباء في الجزائر العاصمة (طبيب لكل 318 ساكن) كما أن 50 % من الأطباء في الوسط. 1/6 المؤسسات العمومية لا تتوفر على طبيب اختصاصي.

كما أن عدد الصيادلة العاملين في المؤسسات العمومية للصحة خلال العشرية الأخيرة في تناقص مستمر.

الفقرة الثانية : الموارد المادية

يتوفر النظام الوطني للصحة على هياكل صحية كافية موزعة على كامل التراب الوطني، يمكن حصرها فيما يلي: 13 مركز استشفائي جامعي، 31 مؤسسة استشفائية جامعية، 224 مستشفى عام، 430 عيادة ولادة من بينها 38 خاصة، 102 عيادة استشفائية خاصة منها 75 تعمل ليل نهار.

إضافة إلى ذلك هناك هياكل للفحص والمعالجة وتتمثل في: 512 عيادة متعددة الخدمات، 1275 مركز صحي، 515 مركز طبي اجتماعي، 4545 قاعة علاج، 1121 وحدة للتقفي والمتابعة بالطب المدرسي، 80 وحدة للطب الوقائي في الجامعات.

كما يتوفر على 2012 مخبر للتحاليل الطبية، 115 وحدة للتشخيص عن طريق الأشعة الطبية، 47 جهاز سكا نير موزعة على 27 ولاية، 5 IRM، 5570 وكالة صيدلانية لتوزيع الأدوية، 35 مدرسة للتكوين شبه الطبي، 8 ملحقات، 48 مخبر ولائي للوقاية.

إن الهياكل العمومية للصحة مهيكلة في نسيج مؤسساتي يتمثل في 231 قطاع صحي.

ويبدو أن المؤشرات العامة للصحة في الجزائر تبين ما يلي:

- سرير استشفائي لكل 360 ساكن.
- سرير ولادة لكل 900 امرأة.
- عيادة متعددة الخدمات لكل 65303 ساكن.
- مركز صحي لكل 26223 ساكن.
- قاعة علاج لكل 7356 ساكن.
- وكالة صيدلانية لكل 4838 ساكن.

كما أن 68 % من النساء يتواجدن على مسافة تقل عن 5 كم من وحدة صحية مكلفة بحماية

الأمومة والطفولة.

الفقرة الثالثة: الموارد المالية

تتمثل الموارد الأساسية لتمويل الصحة في الجزائر فيما يلي:

- هيئات الضمان الاجتماعي 41.58 %.
- الدولة من خلال الضرائب 32.90 %.
- العائلات 20.17 %.

- التعااضديات الاجتماعية 1.13 %.

- المؤسسات 1.12 %.

- موارد خارجية 0.12 %.

يقوم ضبط الميزانية على مبدأ الترخيص الذي يؤهل الأمر بالصرف لقبض الموارد المالية أو صرف نفقات في إطار الميزانية التي تعد مسبقا وذلك في حدود ما تنص عليه قواعد المالية العامة أو المحاسبة العامة التي تتمثل في مبدأ الوحدة، السنوية، التخصيص.

ويعد ميزانية المؤسسة العمومية للصحة مدير المؤسسة ويعرضها على هياكل التسيير في المؤسسة ثم على الوصاية لاعتمادها، لكن في كل هذه المراحل يكون مدير المؤسسة ملزما باحترام الغلاف المالي الكلي المخصص للمؤسسة التي يديرها، بحيث نجد أننا أمام وضعية أمر واقع لا يمكن الخروج عن إطاره الخاص.

وبعد أن كانت المؤسسة العمومية للصحة وفق قواعد الميزانية تقوم على أساس إنتاج العلاج وتكثيف برامج النشاط الصحي والطبي إلا أن الأمر 65/73 كرس واقعا آخر في تسيير المؤسسة العمومية للصحة.

ومن جراء هذا الأمر تمت إزالة مبدأ الاستقلالية المالية حيث أصبحت الميزانية تحدد عن طريق مراسيم تنفيذية لقانون المالية وأصبحت تخضع لمبدأ الميزنة **Budgétisation** وهو الذي يقوم على التمويل الجزافي لنشاط المؤسسة عن طريق الضرائب والضمان الاجتماعي عن طريق اشتراكات المؤمنين، كما زال مفهوم السعر اليومي والخدمات وبالتالي انتهت نهائيا عملية فوترة النشاطات وأصبح التسيير يقوم على التقريبية، وبتغيب أدوات التسيير المالي للمؤسسة العمومية للصحة التي كانت سائدة أصبح النشاط لا يخضع لأي تقييم ولا يقابله أي تحليل مالي أو شبه مالي وأصبح المسير يقيد بروتين يؤطره وساد جو التفهقر في تسيير المؤسسة العمومية للصحة.

وقبل الأمر 65/73 كان يتم تحضير الميزانية وفقا للسياسة العامة للدولة حيث كان مدير المؤسسة يعد توقعات الميزانية الضرورية لسير المؤسسة سواء في جانب التسيير أو التجهيز. ويتم تحضير التوقعات وفقا لبرنامج النشاط الطبي للمصالح الاستشفائية ويتم تحديد السعر اليومي الاستشفائي سنويا. وبالتالي فالمدير يعد ميزانية أولية قابلة للتغيير عن طريق ميزانية إضافية تعد في شهر جويلية من كل سنة.

وبعد سنة 1973 أصبحت الوزارة هي التي توزع الاعتمادات المالية على المؤسسات الصحية وفي هذا الإطار كان يعد كل سنة مذكرة منهجية لإعداد توقعات الميزانية تعدها وزارة الصحة مع وزارة المالية، وأصبحت المعطيات الخاصة بالنشاط الصحي لا تقدم إلا للاستئناس بها واختفى

نهائيا السعر اليومي و عوض بالتمويل الجرافي وأصبحت الاعتمادات المرخصة للمؤسسة تخضع لإجراءات صارمة ولا تأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الحقيقية للمؤسسة وإنما يخضع لعوامل أخرى تخص الموارد المالية للخزينة العمومية وقدرات الضمان الاجتماعي على تمويلها، ويتم توزيعها على الإدارة المركزية توزيعا مركزيا وتعرض فقط شكليا على مجلس الإدارة لمناقشتها، وبالتالي فهناك تدخل مباشر للإدارة المركزية للصحة في تحديد ميزانية المؤسسة العمومية للصحة. وفي سنة 1993 فوضت الوزارة هذا الأمر لمدير الصحة بالولاية حيث أصبحت الولاية تتكفل بذلك، ويتم إعداد ميزانية المؤسسة العمومية للصحة وفقا لمدونة الميزانية التي حددها القرار الوزاري المشترك (الصحة والمالية) رقم 1408 المؤرخ في 20.04.1999، والذي يحدد مدونة إيرادات ونفقات المؤسسة العمومية للصحة.

الجزء الخاص بالموارد: يشتمل على أربعة أبواب:

- 1- مساهمة الدولة، وتحدد إيرادات المؤسسة حسب كل صنف عن طريق توزيع مساهمة الدولة على جميع المؤسسات العمومية للصحة.
- 2- مساهمة المؤسسات الأخرى: الضمان الاجتماعي.
- 3- باب جديد استحدث سنة 1993 نظرا للاتفاقيات التي تربط المؤسسات العمومية للصحة من خلال الهياكل الاستشفائية ذات المستوى العالي في العلاج وهي اتفاقيات موجهة للتخفيف من عبء التحويلات من أجل العلاج بالخارج التي كانت ولا تزال تنقل كاهل مؤسسات الضمان الاجتماعي كل سنة.
- 4- فيه موارد مختلفة: مساهمة الموظفين في المصاريف النقدية، مساهمة الديوان الوطني للخدمات الاجتماعية، مساهمة الطلبة، كل الموارد الخاصة بالخدمات المقدمة للمرضى من الموارد المتأتية من أنشطة البحث.

الجزء الخاص بالنفقات: وفيه عشرة أبواب:

- 1- خاص بنفقات الموظفين وتمثل أكبر نسبة من الاعتمادات المالية في الميزانية (أكثر من ثلاثة أرباع 4/3 الميزانية).
- 2- نفقات التكوين، تكاليف المؤتمرات.
- 3- التغذية، إطعام المرضى.
- 4- الأدوية.
- 5- النشاط الوقائي من تطعيم وأدوية.
- 6- العتاد والأدوية الطبية.

7- الصيانة (العتاد ، المساحات الخضراء).

8- نفقات أخرى للتسيير وهي كل النفقات الخاصة بمصاريف التسيير الخاص بقابض الضرائب، أتعاب الخبراء، النفقات الخاصة بالبريد، نفقات الإيجار.

9- الخدمات الاجتماعية: لكل مؤسسة 3 % من الكتلة النقدية.

10- وأضيف هذا الباب سنة 1998، ويخص نفقات البحث الطبي وفيه نجد كل النفقات

الخاصة بالبحث، اقتناء التجهيزات الطبية.

نلاحظ أن هيكله الموارد والنفقات على هذا الشكل يجمد فكر من ينفذ هذه الميزانية، فهو مقيد بهذه الأبواب العشرة لهذا فهو منفق لا مسير.

وقد أصبحت المستشفيات عاجزة على أداء التزاماتها المالية اتجاه المتعاملين الاقتصاديين الذين لهم علاقة بالمنظومة الوطنية للصحة بحيث وصلت الديون إلى 30 مليار دينار.

إن هذه الديون تخص خاصة الأدوية والتطعيم بنسبة 51 %، نفقات التسيير 21%، نفقات الموظفين 20 %، 3 % تجهيزات طبية، 3 % صيانة الهياكل، 2 % التغذية.

ووصل الدين الإجمالي للصحة العمومية إلى ما يعادل 18 % من الميزانية

المخصصة لقطاع الصحة سنة 2001.

إن الميزانية العامة للصحة لم يطرأ عليها أي تغيير إذ بقيت جامدة رغم أن الطلب على العلاج تضاعف كما أن هناك تحولات ديمغرافية ووبائية محسوسة، وبالتالي فإن الميزانية أصبحت غير قادرة على مواكبة التطور الحاصل في المجتمع، ومثال ذلك أن ما يمنح في مجال التغذية لمؤسسات الصحة لا يغطي إلا نسبة 30 %، كما أن الاعتمادات المخصصة لصيانة الهياكل تقدر ب 2.5 % في حين أن الاحتياج يتراوح بين 18 و 20 %.

وقدر الإنفاق الوطني للصحة سنة 2001 ب 174 مليار دينار جزائري بعد أن كان سنة

2000 يقارب 155 مليار دينار جزائري، غير أنه كان يمثل سنة 2000 4.1 % من PIB في

حين سنة 2001 مثل ما يقارب 3.8 % من PIB.

إن هذه النسبة كانت سنة 1980 تمثل 8 % من PIB وهي نسبة ضئيلة إذا ما قورنت ببعض

الدول السائرة في طريق النمو كالأردن 9.4 %، لبنان 9.8 %، لذا يجب أن تحدد نسبة الإنفاق

الصحي من PIB في قانون المالية.

المبحث الثالث: مفاهيم عامة حول التمويل.

إن وظيفة التمويل تكتسي أهمية بالغة داخل المؤسسة الصحية، لأنه على أساسها تحدد أداء وفعالية الوظائف الأخرى الممولة لها، وتظهر الحاجة للتمويل نتيجة العجز الملاحظ على مستوى الفروع المشكلة للمؤسسة، مما يستجوب اختيار طرق التمويل الأنجع واستغلال المصادر المتاحة من أجل تحسين الأداء وهذا ما سنتطرق له من خلال النقاط التالية:

المطلب الأول: مفهوم التمويل

الفقرة الأولى: تعريف التمويل

يعرف التمويل على أنه البحث عن الطرق المناسبة للحصول على الأموال، والاختيار بين تلك الطرق للحصول على المزيج الأفضل بينها بشكل يناسب كمية ونوعية احتياجات والتزامات المؤسسة، وهي توضح مسألة انتقال رؤوس الأموال من أماكن وفرتها إلى أماكن ندرتها وتتم هذه العملية من خلال مجموعة من الوسطاء الماليين سواء أكان ذلك عن طريق بنوك أو شركات تأمين أو صناديق ادخار وأسواق المال إلى غير ذلك، ويعد التمويل أحد مجالات المعرفة، ويتكون من مجموعة من الحقائق والأسس العملية والنظريات التي تتعلق بالحصول على الأموال من مصادرها وحسن استغلالها في مؤسسات الأعمال والحكومات.¹

الفقرة الثانية: أهداف وظيفة التمويل

تسعى وظيفة التمويل إلى تحقيق العديد من الأهداف منها:

- خدمة السياسة العامة للمؤسسة الصحية، بتمويلها لوظائفها الأخرى بالوسائل الضرورية التي تحتاجها لبلوغ الأهداف الخاصة والعامة المخطط لها.
- التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر لجمع الأموال الضرورية لكل سياسة تنتهجها المؤسسة.
- تضمن اتحاد العوامل الفعالة لتحقيق مردودية أكبر.
- تقوم بدور المراقبة، أي التأكد من أن الأهداف الموضوعية في البداية يمكن الوصول إليها عن طريق الوسائل المناسبة (التشخيص، قياس الفروقات في تقرير الأهداف وجدول الانحراف)، وهذا بإمكانه زيادة فعالية المؤسسة.

¹ فرد ديستون ، بوجين يرحاب ، التمويل ،الإداري ، ترجمة عدنان الدغستاني وعبد الفتاح السيد النعماني ، دار المريخ للنشر ، الجزء الأول ،الرياضي ، 1993 ، ص19.

الفقرة الثالثة: طرق الدفع

الفرع الأول: نظام سعر اليوم

يعرف بكونه التكلفة المتوسطة اليومية المفوترة للمريض أو الصندوق لكل يوم تم مكوثه في المستشفى، و نظام سعر اليوم لا يمثل إلا شكل بعيد عن التكاليف الحقيقية للعلاج و كانت عدة انتقادات:

فتكاليف الإقامة تختلف كثيرا من مريض لآخر حسب مرضه و أدويته (مريض خضع لجراحة أم لا، حدث له تعقيدات أم لا، مسن أو شاب...).

بالإضافة بأن المريض في المستشفى لا يستهلك نفس كمية العلاج كل يوم من استشفائه، إلى جانب هذا بما أن مواد المستشفى تتعلق بعدد الأيام المحققة، فالمصالح تميل إلى إبقاء المرضى في أسرتهم أكثر مما تتطلبه حالتهم الصحية مما يعطي لهذا النظام للدفع طابع ضمني. بالتالي يتولد عن هذا النظام تكاليف إضافية و لا يشجع على الإقتصاد و التحكم في النفقات.

من جهة أخرى فهذا النظام للدفع يتم على أساس السعر المتوسط ليوم استشفائي تبعا لنوع الهيئة و مجموعة من الاختصاصات المتناسقة (الطبية، الجراحية، النفسية، الاختصاصات الثقيلة و المكلفة و الأمومة) حسب دليل منهجي يبين تكاليف بطريقة فرعية متناسقة على مستوى الهيئات الصحية، و يهدف هذا الإجراء خاصة لمعرفة توزيع النفقات على مستوى الهيئات الصحية وكذلك التعديلات التي يمكن إضافتها لتحديد التكلفة المتوسطة ليوم علاجي و المدة المتوسطة للإقامة من جهة أخرى.

فضرورة التقييم الدوري لهذه الطريقة للدفع تمكن من معرفة أكثر و تقيس مجموعة الهيئات العمومية للصحة، تحدد المدة المتوسطة للإقامة بمنح هذا العامل أيضا بتقييم فعالية هياكل صحية و إقامة مقارنات بين مختلف هيئات بغرض السعي وراء الفعالية و النجاح.

الفرع الثاني: الميزانية الإجمالية

يشكل إتمادات إيرادات للمستشفى لحساب صناديق التأمين الاجتماعي. مبدؤه التحكم في الإيرادات الإستشفائية لاحتواء النفقات، بالتالي فكل مستشفى ملزم بعدم تخطي الإتمادات التي منحت له. ميزة هذا النظام للدفع في أنه يشجع مسيري المستشفيات على مكافحة التبذير و اختيار التقنيات التي تتميز بعلاقة إيجابية بين التكلفة و الفعالية.

رغم ذلك فهذه الطريقة ليست مثالية بل لها عدة حدود مثل:

- استحالة المصادقية في التوقعات في مجال الطلب الصحي.

- تجريد تنمية التطوير الطبي في المستشفى، فكون الطرف المالي لا يزيد تبعاً للسعر و هو ما يجبر المستشفيات على التخلي عن التطور التكنولوجي لأن الربح الوحيد من حيث الإنتاجية يمكن أن يسمح بإقتصاد الإيرادات التي يمكنها أن تخصص لتطوير التقدم الطبي.

الفرع الثالث: تعريف العمل

تمثل أساس الدفع لعمل محترفي الصحة في القطاع الخاص تسمح بفضل تحديد الأسعار من تنسيق الخدمات المقدمة. العمل بالتعريف يتطلب تعيين متكرر للأسعار المحددة و متابعة صارمة لهياكل النفقات.

الفرع الرابع: الدفع الجزافي حسب المرضى

هو منح ميزانية لكل مريض معالج وهو ما يتطلب التحكم المسبق في مجموع تكاليف كل المرضى.

يتعلق الأمر بطريقة تستدعي وقت أكثر لتحقيقها، فهي تتطلب اللجوء لعمل الخبراء الذي يجب أن يخرج بإنفاق علاجي لكل المرضى.

طريقة التمويل هذه تتم على أساس حسابي، هو مراجع طبية إتفاقية مؤسسة على شروط علمية ومهنية موضوعية.

المخطط التشخيصي و العلاجي المحدد من طرف مجموعات الخبراء يخصص لتقييم الأسعار الجزافية لكل مريض، مضافاً لها مصاريف الإقامة و الإطعام.

الفقرة الرابعة: الوحدات الاقتصادية وحاجاتها للتمويل

تتبع الحاجة للتمويل من كل القطاعات غير المالية، أي من المؤسسات العامة والخاصة، من العائلات أو الخواص، من الدولة أو من الخارج.

الفرع الأول: المؤسسة

تحتاج المؤسسة إلى موارد مالية مختلفة للحصول على التجهيزات الضرورية (أراضي، معدات، مباني) من أجل مواكبة التطور الصناعي والتجاري، كما تقوم المؤسسة بمجموعة من النشاطات

(الإنتاج، البيع) والذي ينشأ عنها حقوقاً والتزامات، إلا أن توازن دخول الأموال وخروجها لا يحدث دوماً لذلك تحتاج المؤسسة إلى مساعدات من أجل تغطية اختلالاتها المؤقتة منها والدائمة.

الفرع الثاني: الخواص

تنشأ الحاجة لديهم إلى المال بسبب الفرق الوجود بين مستوى مداخلهم ومستوى المصاريف التي يجب أن يقوموا بها وتتبع الحاجة من:

- صعوبات مؤقتة في السيولة.
- ضرورة تسديد مصاريف استثنائية.
- الرغبة في اقتناء أو استبدال المعدات.
- الرغبة في الحصول على الملكية، أي تحقيق استثمار عقاري.

عندئذ تحقيق مثل هذه الرغبات يستلزم إمكانية حقيقة للادخار، والذي يدرس من حيث المدة والاستقرار والرأسمل الكافي.

الفرع الثالث: الدولة

من الواضح أن النمو الاقتصادي للدولة وبقاء المؤسسة ذاتها في ميدان الأعمال، يتوقفان على كفاءة أداء الوظيفة المالية، مما يسمح بمواجهة تلك التحديات، وحاجة الدولة للتمويل تتجزأ إلى نقاط يمكن تلخيصها في:

- عجز ميزانية الدولة.
- عجز في الأنظمة الاجتماعية للضمان الاجتماعي.
- حاجة الجماعات المحلية إلى القروض من أجل الاستثمار.
- حاجة المؤسسات العامة (زيادة نفقات المؤسسات الصحية...) إلى الموارد المالية لمعالجة عجزها في الاستغلال والاستثمار.
- حاجات أخرى لم تقدر على تغطيتها إعانات الدولة.

الفرع الرابع: الخارج

تقدم الدولة المتطورة إلى الدولة النامية أموالاً لأجل قصيرة أو طويلة في شكل قروض أو هبات أو استثمارات مباشرة في مؤسسات تجارية أو صناعية أو شراء قيم منقولة، ويعد خروج رؤوس الأموال في هذه الحالة إعانة تحسب في تعداد الحاجة العامة للتمويل¹

¹ - يخز يعدل فريدة ، تقنيات وسياسات التسيير المصرفي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر 2000، ص 23

المطلب الثاني: تقييم طرق تمويل الصحة العمومية

بعد تعرضنا لمختلف أنظمة التمويل نحاول التعرف على السبل الكفيلة بإيجاد معيار لتقييم مختلف الطرق المعتمدة في تمويل الصحة العمومية، مع الأخذ بعين الاعتبار الأهمية الاجتماعية لهذه النفقات، لذا سنحاول أولاً التعرف على مستويات التحليل المعتمدة في أي نظام صحي ثم نتطرق إلى المعايير المعتمدة لتقييم أي نظام ونسلط الضوء هنا على طرق التمويل التي سبق الإشارة إليها:

الفقرة الأولى: مستويات تحليل نظام تمويل الصحة

إن ندرة الموارد تعد أهم مشكل يعاني منه اقتصاد الصحة إذا ما قورن بالحاجات الجماعية المتزايدة، وهنا ظهرت الحاجة لاستخدام التحليل الاقتصادي الذي يسمح بإيجاد بدائل لطرق التمويل الحالية بهدف لاستغلال الأمثل للموارد، وتقسم مستويات التحليل إلى أقسام ثلاثة:

الفرع الأول: مستوى الاقتصاد الكلي

في هذا المستوى تتم دراسة النفقات على المستوى الجهوي والوطني، كتقدير النفقات العالمية التي بلغت 1700 مليار دولار والتي تمثل 08 % من الناتج الوطني العالمي أو النفقات الوطنية للصحة التي تجاوزت 16.8 مليار في عام 1988 إلى 52.5 بمعدل 4.57 % إلى غاية 06 % من PIB على التوالي، أو كتقدير النفقات في الولايات المتحدة الأمريكية التي بلغت 12 % من PIB.

الفرع الثاني: مستوى الاقتصاد الداخلي:

وتدرس تمويل الصحة على مستوى القطاع في حد ذاته، ما هي مصادر النظام أو حجم النفقات الداخلية للنظام؟، كنفقات الأفراد التي بلغت على العموم 80% من ميزانيات المنشآت الصحية، وأيضاً نفقات الدولة التي ارتفعت سنة 1993 إلى 18.5 مليار دينار بـ 2.5 لميزانية التجهيز، مساهمة الضمان الاجتماعي بطريقة جزافية للمستشفيات بـ 9.9 مليار في نفس التاريخ¹.

الفرع الثالث: مستوى الاقتصاد الجزئي

وتحدد الحاجة والنفع الفردي للعلاج ونفقات الاستهلاك الأدوية وحساب تكلفة الوساطة الطبية ومجموع تكلفة المريض في الوحدة الصحية.

¹ - العلواني عديلة، المرجع السابق، ص 26.

الفقرة الثانية: معايير تقييم التمويل

إن لطرق التمويل آثار على الأداء العام للنظام الصحي، وبهدف تقييم نظام صحي ما يجب الإعتناء على ثلاثة معايير أساسية:

الفرع الأول: العدالة

وهي المعيار الأساسي الذي يسمح بتقدير الوصول إلى العلاج، إن المبدأ المحدد للعدالة في نظام الصحة هو صيغة الدفع غير المباشرة للنفقات الإجمالية، أما التمويل المباشر هو أكثر تناقص والذي يعرض المستهلكين لخطر الإنفاق الحالي، فطريقة الدفع غير المباشر هي الأكثر تفضيل من طرف المرضى من الطرق الأخرى، حيث أن إعادة تجميع الدخول بغرض تغطية الخطر المستقبلي لها أهمية كبيرة، وتدخل في الدفع غير المباشر عدة اعتبارات منها: عدد الصناديق، حجم الصناديق وطريقة الانضمام إليها وكذا المنافسة بين هذه الصناديق كل هذه الميزات تؤثر على العدالة¹ ومن هنا نستنتج أن مجانية العلاج والضمان الاجتماعي يضمنان العدالة في الوصول إلى العلاج لمختلف فئات الشعب بمختلف طبقاته، أما الدفع المباشر فيعدّ عائقاً في الوصول إلى العلاج ويقصد الطبقات الفقيرة والمعوزة.

الفرع الثاني: الفعالية

قد ينتج عن أساليب التمويل نتائج تؤثر على الأداء العام للنظام الصحي مما يؤثر عن فعاليته وهذا ما نلاحظه في التمويل العام، حيث تسببت العراقيل البيروقراطية في التأثير بشكل واسع على الأداء، وكذلك انعدام الرقابة على استغلال موارده المالية تجعله غير فعال لدرجة كبيرة على عكس.

نظام التمويل الخاص الذي يكون أكثر فعالية بتجنبه التبذير والإدارة السيئة، أما التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي يكون أكثر فعالية إذا تبعه نظام مراقبة دقيق.

الفرع الثالث: الاستمرارية

¹ GRO –HARLEM Brundiland , rapport sur la santé dans le monde , OMC, France , p130

إن أغلب أنظمة التمويل التي تطبق بشكل مستمر ودائم هي التي تتميز بالفعالية نتيجة استقرارها، والأمثلة العالمية تشير أن الدول النامية لا تكون فيها استمرارية في تطبيق أنظمتها لأنه غالبا ما تظهر فيه أزمات.¹

المطلب الثالث: نماذج من أنظمة التمويل في العالم

الفقرة الأولى: نظام التمويل الأمريكي.

يرتكز هذا النظام على الحرية التامة للأفراد فيما يختارونه إنطلاقا من تنوع نظم التأمين و تقديم العلاج، أما من حيث الممارسة الطبية فهو يختلف عن نظيره في أوروبا كونه ليس هناك مصالح طبية وطنية مثلما هو الحال في المملكة المتحدة مع تدخل للسلطة الفدرالية في تمويل الصحة في الوقت الراهن.

كما يختلف عن مثيله الأوروبي من حيث التأمين على المرضى فليس هناك تأمين على المرضى بالولايات المتحدة في حين أن الإستهلاك الطبي بها يعد من أكبر المعدلات المسجلة في العالم و يتوفر على نوعين من التمويل:

1. التمويل الخاص: النفقات التي تغطيها الشركات الخاصة للتأمين:

- التأمينات الخاصة:

و هي مؤسسات ذات صبغة تجارية و ذات هدف غير ربحي و خدماتها موجهة لتغطية تكاليف المكوث في المستشفى، مصاريف الجراحة، الأعمال الطبية المقدمة في منزل المريض أو في المستشفى و مصاريف التحاليل و قد تتوسع لتشمل خدمات طبية و شبه طبية و الأدوية و كذا تعويض الغيابات عن العمل.

2. التمويل العمومي

من المتعارف عليه أن الحكومة ليس لديها أي إهتمام بالصحة العمومية و لكن من منطلق و مبدأ العدالة الإجتماعية أنشأت كل من **MEDICAIR** و **MEDICAID** سنة 1965.

الأول: خاص بالأشخاص الذين يفوق سنهم 65 سنة و هو مسير من طرف هيكل عمومي أو خاص و يتوفر على نوعين من التأمين:

- تغطية المكوث في المستشفى: المنح تدفع بالتساوي بين الأجير و المستخدم و الدولة الفيدرالية.

²LAMRI Larbi ,cours de la santé publique E.N.S.P 2001 p 46.

- تأمين المصاريف الطبية الأخرى تتحمل فيه الدولة الفيدرالية جزء و الجزء الآخر يتحمله العامل الأجير.

المبدأ المطبق للتعويض هو السعر المقبول.

أما النظام الثاني: هو عبارة عن برنامج مساعدة طبية موجهة للطبقات ذوي الدخل الضعيف و كل دولة فيديرالية لها الحرية في التفاوض مع السلطات المركزية فيما يخص الإعانات التي يمكن تقديمها للأشخاص القاطنين بها.

تتقاسم التمويل فيه كل من الدولة الفيدرالية، الولايات الأخرى الجماعات المحلية بمعدلات مختلفة حسب دخل السكان.

الفقرة الثانية: نظام التمويل في إنجلترا

من أهم مميزاته هو التدخل الواسع، وأقل تكلفة، و مانح العلاج في إنجلترا هو النظام الوطني للصحة الذي أنشأ سنة 1948 و كل المؤسسات الأخرى مرتبطة به، تسييره وزارة الصحة، إلى جانب تواجد قطاعات خاصة.

و جدير بالذكر أن المركز الوطني للصحة يقدم خدمات صحية و خدمات الضمان الإجتماعي، حوالي 70% من النفقات تغطي عن طريق الأجر و الضرائب الإجتماعية كما أن معيار الإقليمية و عدد السكان معتمدين في إطار مناطق تضم مقاطعات بحيث أن المؤسسات الصحية في هذه المقاطعات تسيير من طرف وزارة الصحة العمومية.

في هذا النظام مجال إختيار الطبيب محدود لدى المريض و لا يمكنه أن يلجأ إلى الإختصاصي إلا عن طريق موافقة طبيبه الخاص على مستوى مؤسسة المقاطعة، بالمقابل فإن الفحوصات الطبية مجانية.

فالمركز الوطني للصحة هو الذي يدفع أجر الطبيب عن طريق قائمة تسجيل خاصة، و الطبيب متعاقد مع المركز فهو غير مالك لمرضاه و يتقاضى أجره حسب القائمة و يمكنه المعالجة لحسابه الخاص خارج المركز، و كل المشتشفيات تدار على أساس ميزانية الدولة دون إستقلالية مالية و لا أثر لسعر اليوم إلا في خدمات العلاج الخارجي عن المستشفى.

فهذا النظام و رغم المجانية إستطاع أن يكون ذو تكلفة أقل بالنسبة للدول الأوربية و يعود ذلك لجودة مراقبة النفقات الصحية.

الفقرة الثالثة: نظام التمويل الفرنسي

أسس النظام الصحي الفرنسي على مبدأ التوفيق بين المبادئ الليبرالية و مبادئ التضامن عن طريق التمويل الإجتماعي، لذا نجد أن تمويل المنظومة الصحية الفرنسية يضمن غالبيتها الضمان الإجتماعي الذي أنشأ في سنة 1945 و هو هيئة خاصة شبه عمومية نظرا لكونه مؤطر من طرف وزارة الصحة و تشارك في تمويله التأمينات الخاصة، مؤسسات الإذخار و العائلات. تأتي إيرادات الضمان الإجتماعي من المستخدمين المؤمن عليهم و بدرجة أقل مساهمات الدولة في شكل إعانات و يتكون من أربعة فروع:

- العائلة.

- الشيوخوخة.

- حوالت العمل.

- المرض (التأمينات على المرض).

و هذه الأخيرة هي أهم الفروع المضبوطة ببعض الشروط أهمها مبلغ المساهمة، عدد ساعات العمل المؤداة و هي تغطي غالبية المواطنين الفرنسيين (99 %) إن التأمين على المرض يتشكل من مختلف الصناديق و النظم التي تخص النشاط المهني لمنخرطيها:

الإجراء..... النظام العام.

الفلاحة..... التعاضدية الإجتماعية الفلاحية

و الخدمات الممنوحة تختلف من صندوق إلى آخر، و لطالب العلاج الحرية إلى أي هيئة صحية يختار، فله أن يختار الطبيب (عام أو خاص) يطلب الإستشارة متى شاء و يعوض عما دفعه على أساس قاعدة تسعيرات.

أما إذا سجل لدى النظام التكميلي تعاضديات أو تأمينات خاصة، فلا يعوض إلا عن جزء من التسعيرة.

يعوض كذلك الشخص المؤمن عن الأدوية إن أشير إليها في قائمة الإحتياجات المعوض عليها من طرف صندوق التأمين على المرض.

و هناك طريقة الدفع المباشر التي تعمم حاليا، فالمريض في هذه الحالة بإمكانه عدم تسديد إلا الشطر الذي يتحمله و الباقي يسدد من طرف الصندوق و هذه الطريقة مستعملة بشكل واسع في العلاج الإستشفائي.

و بعد 1983 تم تبني دفع جزافي الإستشفاء للعلاج الذي هو مساهمة يومية جزافية لمصاريف الإقامة في المستشفى في حالة إذا ما أختار المريض مؤسسة عمومية. أما إذا اختار المريض مؤسسة خاصة لا تربطها عقود مع هيئات الضمان الإجتماعي فمجموع النفقات الإستشفائية تكون على عاتقه.

التجربة الفرنسية و مراسيم 1996

وجد النظام الإستشفائي الفرنسي نفسه أمام مشكل عويص متمثل في إرتفاع نفقة العلاج بصفة متواصلة دون إمكانية التحكم فيها مما يفرض إعادة مراجعة الأمور، يقابل ذلك رفض لفكرة إصلاح النظام الإستشفائي إلا أن الواقع تكلم بغير ذلك.

إن المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة في فرنسا هي من مخلفات النظام القديم، فكان لزاما الانطلاق في إصلاحات تمس القطاع العام و الخاص مع التنسيق بينهما قصد إيجاد التوازن بين مختلف المؤسسات الصحية عبر المناطق المختلفة.

وكانت التدابير المتعلقة بالإصلاح هي نتيجة للدراسات و التحاليل التي قام بها مجموعة من الخبراء فيما يخص نظام الحماية الإجتماعية و المشاكل التي حالت دون تجسيد الإصلاح والتي أدت إلى إرتفاع نفقات العلاج.

توالى عدة مخططات لتكريس الإصلاح و إعادة التقييم و كان لتقرير سوبي 1994 الصدى الكبير في ذلك و جاء الأمر الصادر في 24 افريل 1996 لتحديد المحاور الكبرى التي يتمحور حولها الإصلاح، و في هذا الإتجاه و في نفس التاريخ صدر:

- الأمر 344/96 المتعلق بتنظيم الضمان الإجتماعي.
- الأمر 345/96 المتعلق بالتحكم الطبي في نفقات العلاج.
- الأمر 346/96 المتضمن الإصلاح الإستشفائي في القطاعين العام و الخاص.

الأهداف التي ترمي إليها أحكام الأمر 96:

- توفير علاج ذو نوعية للجميع و الوصول إلى التحكم في النفقات الإستشفائية
- ملائمة نشاط المؤسسات الصحية مع الحاجيات
- جعل في مستوى المسؤولية مصالح الدولة، مصالح الحماية ضد المرض و مؤسسات الصحة و كذا جمعيات المتعاملين و هذا بتوحيد سلطة إتخاذ القرار و المبادرات المتعلقة بالتخطيط، و للحيلولة دون التهرب من المسؤولية.

و في نفس الاتجاه استحدثت و كالة جهوية للإستشفاء في كل منطقة، مهمتها وضع سياسة إقليمية لتوفير العلاج في المستشفيات وتحليل النشاطات الصحية في المؤسسات و التنسيق فيما بينها و كذا تحديد موارد و إمكانيات كل مؤسسة.

تدير هذه الوكالة لجنة تنفيذية تتكون من ممثلي مصالح الدولة و مصالح الحماية ضد المرض ممثلي المتعاملين و المؤسسات الصحية.

و العلاقة التعاقدية التي تربط بين مصالح الضمان الإجتماعي و المؤسسات الصحية (قانون الإستشفاء 1991) لم يدخل حيز التنفيذ بصفة فعالة و مع ذلك يبقى التعاقد النمط الوحيد الذي يربط الوكالة الجهوية للإستشفاء بمؤسسات الصحة و الذي يهدف إلى:

- تفويض المؤسسات الصحية سلطة تقييم نوعية و كمية الخدمات العلاجية.
- تطوير التنسيق في النشاطات بين المؤسسات الصحية في إطار علاقة تكاملية.

التحكم في نفقات العلاج و إعادة النظر في تمويل المؤسسات الصحية.

خاتمة الفصل التمهيدي

يطرح مشكل تحويل المنظومة الوطنية للصحة بإلحاح كبير وبصورة مختلفة، وهذا في غالبية دول العالم، والسبب في هذا هو المستوى الكبير الذي وصلت إليه نفقات الصحة العمومية بالمقارنة مع الناتج الداخلي الخام.

و انطلاقا من هذا المعطى، فإن كل دولة تقوم بوضع سياستها الصحية، وكذا إعادة تكييفها والنظر إليها، بغية تحقيق التوازن بين ما تعرضه من خدمات صحية لمواطنيها، وبين الطلب المتزايد على هذه الخدمات.

إن لكل الدول تسعى إلى تحقيق الفعالية المثلى للنظم الصحي والذي يتأرجح بين حتمية تخفيض حدة نمو النفقات الصحية من جهة، وبين ضرورة توفير مستوى خدمات جيد لمواطنيها.

مقدمة الفصل

تهدف أنظمة التمويل إلى توزيع تكلفة المرض على عدد كبير من السكان و الذي يمكن أن يكون على مستوى منطقة، أو بلد كامل، أو فئة عاملة معينة، أو مجموع مؤمنين ينتمون إلى صندوق معين، إلى غير ذلك.

ثم إن تبني إستراتيجية العلاجات الصحية الأولية في 1978 من طرف الدول النامية، و الركود الاقتصادي الحالي الذي يعرفه عدد هائل من الدول، ترك كل بلد يناقش و يتساءل عن موارد و طرق تمويل الخدمات الصحية، مما أدى إلى تنوع الحلول، وهذا ما يدل على مدى تعقيد المشكل و تعدد زوايا الاقتراب و التحليل.

إن مشكل تمويل نفقات الصحة في الجزائر يطرح اليوم تحت عدة أشكال، لو تأملنا قليلا في تطورات تمويل الصحة، و خاصة بعد تطبيق مجانية العلاج في المصالح الصحية العمومية سنة 1974، و التي تميزت بتغطية مالية لكل النشاطات الصحية، و خاصة الفترة أين كانت الوضعية المالية للبلد جد حسنة من جراء تدفق الموارد الخارجية (صادرات البترول)، فلقد انتقلت طريقة تمويل النفقات الصحية في الجزائر من تقنين موضوعي و ضمني - رغم أن طرق التسديد التي كانت آنذاك دفع ثمن العلاج لمنتجي العلاج عن طريق التسعيرة حسب يوم الاستشفاء بعد مغادرة المستشفى - إلى إدخال المساهمة الجرافية أو الميزانية الإجمالية للقطاعات الصحية بمعنى وضع إجراءات مركزية لتمويل مسبق لنفقات الصحة.

المبحث الأول: مصادر تمويل الصحة في الجزائر

المطلب الأول: الأسس القانونية لتمويل قطاع الصحة

عرفت الجزائر غداة الاستقلال تغيرات على جميع الأصعدة، و كان لذلك أثره البارز على المنظومة الصحية، حيث خرج المستعمر تاركا المؤسسات مشلولة بسبب الهجرة المكثفة للخبرة و الإطارات المسيرة، و رغم الصعوبات المتعددة الأشكال فقد اتخذت السلطات التدابير اللازمة لتعويض الفراغ الرهيب بجميع القطاعات لتحقيق التوازن.

فطور بذلك قطاع الصحة كغيره من القطاعات متأثرا بالتقلبات السياسية، الاقتصادية و الاجتماعية و هنا نتساءل: كيف تطورت المنظومة الصحية في ظل التشريعات و القوانين المنظمة للقطاع؟ و يمكن أن نقسم مراحل التطور إلى أربعة:

1/ المرحلة من الإستقلال إلى غاية 1973.

مر قطاع الصحة بمرحلة عويصة بعد الاستقلال إلى 1973 وذلك نتيجة:

- مغادرة الإطارات الفرنسية للبلاد أنتج فراغ في التكفل الصحي بالمواطنين و الذي كان يقتصر على المدن الكبرى فقط.
- إعتقاد الجزائر النصوص الفرنسية المنظمة للقطاع، مما نتج عنه تعايش بين نظامين متناقضين، نظام صحي وطني إجتماعي، و نظام معتمد على الضمان ضد المرض ذو أصول ليبرالية، دور الدولة فيه ثانوي و ظل الأمر كذلك إلى سنة 1973، مرحلة مجانية العلاج.

2/ مرحلة ظهور أمر 1973 إلى غاية 1976.

يعتبر الأمر رقم 65/73¹ المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 أول نص تتخذه الحكومة الجزائرية في الميدان الصحي، وجاء مكرسا لمبدأ مجانية العلاج في القطاعات الصحية ومؤسسا لإنشاء نظام اشتراكي، تماشيا مع التوجه السياسي للدولة، نظام صحي وطني تتكفل فيه الدولة بنفقات العلاج.

ظهور الميثاق الوطني عام 1976:

بناء على الأمر رقم 257/76² المؤرخ في جويلية 1976 المتضمن الميثاق الوطني أكد مجانية العلاج التي أشار إليها أمر 1973 حيث نص في إحدى بنوده أن الدولة هي التي تتكفل بضمان الحماية و ترقية صحة السكان و أن مجانية العلاج تشكل قاعدة الصحة العمومية في الجزائر.

¹ - الأمر رقم 65/73 المؤرخ في ذي الحجة عام 1393 هـ الموافق ل 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية العدد 84 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1973.

² - الأمر رقم 57/76 المؤرخ في رجب عام 1396 هـ و الموافق ل 05 يوليو 1976 المتضمن نشر الميثاق الوطني.

فالدولة هي التي تتكفل بتمويل الصحة بالنسبة لكل أنواع العلاج و لكل الشرائح الاجتماعية.

ظهور دستور 1976:

ظهر دستور 1976 بموجب الأمر رقم 76-197 المؤرخ في 22 نوفمبر 1976 كرس ما جاءت به التشريعات التي سبقته والتي من بينها:

"حق المواطن في مجانية العلاج الذي يتكفل به نظام الصحة الشامل المجاني"

3/ مرحلة من 1976 إلى 1992:

رغم أن المشرع الجزائري أجرى تعديلات هامة في ميدان الصحة، إلا أنه بموجب قانون 05/85 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1403 الموافق لـ 16 فبراير 1985 و المتعلق بحماية الصحة و ترفيتها، بقي متمسك بمبدأ مجانية العلاج كمكسب لا يمكن التراجع عنه، و قد خصص لمجانبة العلاج جزء في الفصل الثالث من الباب الأول، و قد تناولت كل مادة منه فكرة تعبر صراحة عن هذا النهج الذي واصلت الجزائر إتباعه.

و قد نصت المادة 20 منه على أن القطاع العمومي يشكل الإطار الهام لتجسيد مجانية العلاج طبقا لإحكام المادة 67 من الدستور (دستور 1976)، و هذا ما يفسر أن المشرع واصل إغلاق الباب في وجه القطاع الخاص، تماشيا مع متطلبات الحياة السياسية والاجتماعية آنذاك، و نصت المادة 21 منه على أن الدولة تضع موضع التطبيق كل الوسائل و الإمكانيات الموجهة لحماية و ترقية الصحة و ذلك من خلال ضمانها لمجانبة العلاج.

و هذه المادة حملت الدولة مسؤولية حماية و ترقية الصحة بصفة مجانية.

أما المادة 22 فقد تضمنت في أحكامها تعداد الجوانب التي تشملها المجانية و المتمثلة في:

"الخدمات العلاجية و المعرفة بأنها مجموعة نشاطات الصحة العمومية، أعمال الفحص، العلاج و الاستشفاء من الأمراض، و هذه المهام تقدم بصفة مجانية في جميع هياكل الصحة العمومية".

دستور 1989:

في دستور 1989² أكد المشرع الجزائري في المادة 51 على حق المواطنين في الرعاية الصحية، و أنه من واجب الدولة التكفل بالوقاية من الأمراض الوبائية المعدية و مكافحتها، و يفهم من هذا أن التمويل محتوى في مفهوم التكفل فيما يتعلق بالوقاية.

¹- الأمر رقم 97/76 المؤرخ في 30 ذي القعدة عام 1396هـ الموافق لـ 22/11/1976 المتضمن إصدار دستور الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 94 لسنة 1976.

²- حسب المادة 51 من دستور 1989 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية.

4/ المرحلة من 1992 إلى اليوم:

وضع المشرع الجزائري نصب عينه أسلوب تمويلي يرتكز على الإتفاق بين الأطراف المعنية، و ذلك بغية المرور إلى نظام قائم على العلاقات التعاقدية و ذلك لتفادي عيوب التمويل الجزافي المشار إليه سابقا، و كانت أداة ذلك قانون المالية لسنة 1993 إلا أن تجسيد ذلك لم يكن بالأمر السهل و المتيسر، فكان لزاما أن يقوم على أرضية مثراة بالحوار و النقاش بعيدة عن الارتجالية و العشوائية و من أهم ما صب في هذا الإتجاه:

الأيام الوطنية لإصلاح المنظومة الصحية 1990:

انعقد هذا المؤتمر في شهر ديسمبر 1990 بالجزائر العاصمة، و كان موضوعه الرئيسي إصلاح المنظومة الصحية و الضمان الإجتماعي و قد شكلت ست لجان من أجل إثراء الموضوع و هي:

1. لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية.
2. لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة.
3. لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية.
4. لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة.
5. لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة.
6. لجنة التكوين.

حلقة للخبراء " إصلاح المنظومة الصحية "

عقدت بتاريخ 17 ديسمبر 1990 إلى العشرون منه بمدينة جانت بمشاركة:

- وزارة الصحة.
 - وزارة الشؤون الإجتماعية.
 - الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية و حوادث العمل CNASAT ومشاركة خبراء أجانب.
- و قد خلصت هذه الحلقة إلى:

- تقدير نتائج الأيام الوطنية حول إصلاح المنظومة الصحية و الضمان الإجتماعي.
- اقتراح خطة عمل مرفقة بجدول زمني من أجل الشروع في الإصلاح، و حدد الأول من جانفي 1991 تاريخ الانطلاق.

بناء على ذلك عقدت اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتنفيذ إصلاح المنظومة الصحية حلقة دراسية يومي و 17 و 18 مارس 1991 بالمعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر، و من أهم ما تم تدارسه:

تحضير إستراتيجية للبدء في مباشرة إصلاح المنظومة الوطنية للصحة العمومية طبقا لتوصيات الأيام الوطنية المنعقدة في ديسمبر 1990 بالجزائر العاصمة و من بين ما تم تداوله- قصد جعله موضع التنفيذ- تمويل المنظومة الوطنية للصحة العمومية على أساس نظام تعاقدية الذي جاء به قانون المالية لسنة 1992 خاصة المادة 175 منه الفقرة 2 والتي نصت على مايلي:

" يطبق هذا التمويل على أساس علاقة تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و تحدد كلياته عن طريق التنظيم "

ليليه قانون 26 /91¹ المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992، مؤكدا على النهج الجديد المراد إدخاله على المنظومة الصحية، ومعللا الدوافع و الأهداف التي كانت وراء اللجوء إليه حيث جاء في المادة 11 الفقرة 1 من نفس القانون ما يلي:

- تتجسد أعمال الوتيرة الاجتماعية الرامية إلى الحفاظ على التوازنات الاجتماعية للمواطنين:

الفقرة الخامسة: إعادة ترتيب كفاءات تمويل و تسير هياكل الصحة العمومية من أجل ترشيد التكلفة و تحسين خدمات العلاج.

مما يعنى أن الدوافع إلى إعادة النظر في نظام تمويل للصحة، هو تفادي طريقة الجزافية و إرساء قاعدة ترتكز على نظام التعاقد بين الأطراف الممولة و قطاع الصحة، و الهدف هو عقلنة التكاليف و تحسين نوعية الخدمات بدرجة ترضي المرتفقين و المهنيين على حد سواء.

و مما تجدر الإشارة إليه أن كل المؤتمرات و الحلقات الدراسية و التوصيات لم تفلح في تجسيد نظام التعاقد ابتداء من 1993 كما كان مقرر، ذلك أن جاهزية الهياكل الصحية كانت شبه منعدمة، ولأن الأطراف الأخرى لم تكن على إستعداد مما جعل الأمر يبقى حبيس التفكير فحسب.

قانون المالية لسنة 1995:

لقد ورد في الأمر رقم 03/94² المؤرخ في 31 ديسمبر 1994، المتضمن قانون المالية لسنة 1995 و في المادة 132 منه في الفقرات 2-3 و 4 ما يلي:

" يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان و حسب الكفاءات التي تحدد عن طريق التنظيم، و تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين إجتماعيا و ذوي الحقوق، و تتكفل ميزانية الدولة بتغطية

1- القانون رقم 26/91 المؤرخ في 11 جمادى الثاني عام 1412 هـ و الموافق ل 18/12/1991 المتضمن المخطط الوطني لسنة 1992، الجريدة الرسمية العدد رقم 65 للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية لسنة 1991.

2 - الأمر رقم 03/94 المؤرخ في 27 رجب عام 1415 هـ الموافق ل 31/12/1994 المتضمن القانون المالية لسنة 1995، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية العدد 87 لسنة 1994.

نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات الصحية المقدمة للمعوزين غير المؤمنين إجتماعيا".

و من خلال النص يتبين تجاوز الإشارة إلى العلاقة التعاقدية بين الضمان الإجتماعي و قطاع الصحة، لينتقل إلى كيفية إستعمال المساهمات التي يقدمها كل من الضمان الإجتماعي و الدولة. ففيما يخص الأولى هي للتكفل بنفقات المؤمنين إجتماعيا و ذوي الحقوق، أما المعوزين غير المؤمنين إجتماعيا فتكفل بهم الدولة.

القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 07 يناير 1995.

حدد هذا القرار طبيعة و قيمة الموارد المتأتية من النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية، و على إثر ذلك أصبح المواطن يساهم في تمويل الخدمات الصحية التي يستفيد منها في المؤسسات الصحية العمومية باستثناء بعض الفئات الإجتماعية التي تتكفل بها الدولة. و قد كانت مساهمة المنتفعين في مصاريف الصحة من بين توصيات البنك الدولي سنة 1988 و كانت ضمن شروط تطبيق إعادة الجدولة، إلا أن هذه المساهمة تبقى رمزية و لم يكن لها أي تأثير في تسيير المؤسسات الصحية.

و للإشارة فإن أغلبية الطالبين للعلاج لا يدفعون مقابل إما بسبب مرض مزمن، أو عوز أو أسباب أخرى مستثناة في القرار الوزاري المشار إليه أعلاه.

المراسيم التنفيذية رقم 465/97 ، 466/97 ، 467/97¹

إن المناقشات المتعددة الهادفة إلى إيجاد حلول للأزمة الخانقة التي تعيشها المنظومة الصحية، أفرزت مجموعة من الإصلاحات المتتابعة و هي خطوات إيجابية في طريق الإصلاح، خاصة في ظل التغيرات الإجتماعية و الإقتصادية التي شهدتها الجزائر و العالم كله.

و من ثمار هذه الإصلاحات إعادة هيكلة المؤسسات الصحية المقررة بموجب المراسيم التنفيذية المشار إليها أعلاه، و التي تضمنت مجموعة من التغيرات في تنظيم و تسيير المؤسسات الصحية، فالدولة و الضمان الإجتماعي هما الممولان الرئيسيان للمؤسسات الصحية، ونتج هذا عن التسبب في التسيير المالي، و التعسف في حق الضمان الإجتماعي من خلال النظام الجرافي الإستشفائي، و قد جاءت عملية إصلاح هذه الوضعية بتحديد مسؤولية كل جهة (الدولة، الضمان الإجتماعي).

¹ - أنظر:

- المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.
 - المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها.
 - المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
- هذه المراسيم مؤرخة في 02 ديسمبر 1997 الجريدة الرسمية للجمهورية الديمقراطية الشعبية العدد 81 لسنة 1997.

أضافت المراسيم في باب الإيرادات مصادر جديدة مثل إعانات الجماعات المحلية، التخصيصات الإستشفائية الإيرادات المختلفة، تسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية، فضلا على إعانات الدولة، كما أصبح بإمكان المؤسسات الصحية أن تحصل على إيرادات جديدة من خلال تطبيق نظام التعاقد مع هيئات الضمان الإجتماعي، و الخاص بالعلاج المقدم للمؤمنين إجتماعيا و ذوي الحقوق و عن التعاقد مع التعاقدات و المؤسسات فيما يخص الخدمات الصحية، ذلك ما أشارت إليه على التوالي المادتين 25 و 32 من المرسومين التنفيذي رقم 465/97 و 467/97، أثناء تعداد مكونات باب الإيرادات للمؤسسات الصحية العمومية.

المطلب الثاني: مراحل تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة، والوضعية الاقتصادية.

الفقرة الأولى: مراحل تطور تمويل المنظومة الوطنية للصحة.

الفرع الأول: نظام التمويل قبل 1974 " التمويل المختلط "

كان نظام التمويل في هذه المرحلة يتميز بضعف الوسائل، حيث كان من المستعجل، أنذاك إعادة تنشيط الهياكل و المنشآت الصحية الموروثة عن الإستعمار، من أجل ضمان الحد الأدنى من الخدمات الصحية للمواطن، كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا، إذ كانت لا تفوق 1.5% من الناتج القومي الخام.

إعتمد القطاع العام في هذه المرحلة، على ثلاثة مصادر مختلفة، لكنها متكاملة في تمويل قطاع الصحة، و التي تقابل ثلاثة فئات من المرضى يستقبلهم المستشفى، و ذلك عن طريق تحديد الهوية الإجتماعية لكل شريحة، هذه المصادر هي:

أ- التسبيقات

هذه التسبيقات هي عبارة عن المساهمة العمومية التي تتحملها الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تمثل حوالي 60% من مجموع النفقات الصحية و المخصصة لتغطية تكاليف الأشخاص المستفيدين من المساعدة الطبية المجانية و الذين يمثلون السكان الأصليين **indigents** عديمي أو ضعيفي الدخل، حيث كانت هذه النفقات تعوض من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85%، أما النسبة الباقية و المقدرة ب 15% فكانت تعوض من طرف صناديق التضامن التابعة للمحافظات و البلديات لحساب الجماعات الإقليمية المحلية:

08% على حساب المحافظات.

07% على حساب البلديات.

ب - عائدات تسديد المصاريف:

تتمثل في مساهمة صندوق الضمان الإجتماعي لقاء الخدمات الإجتماعية المقدمة لصالح المنخرطين من الأجراء و ذوي حقوقهم في شكل منحة التكفل (**prise en charge**) التي تمنح على أساس السعر اليومي المحدد سنويا هذه المساهمة تشكل 30% من إجمالي النفقات الصحية.

ج. العائدات الخاصة:

تمثل العائدات الخاصة ما يدفعه المرضى ذوي الدخل الكافي كأصحاب الأعمال الحرة، التجار الحرفيون مقابل علاجهم بحكم أنهم لا يتوفرون على أي تغطية إجتماعية هذه المساهمة تمثل حوالي 10% من النفقات العامة للصحة و التي تحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.

و إذا كان النظام المالي الذي ساد في هذه الفترة قدم الكثير من المزايا فيما يخص التسيير المالي، فإن العراقيل الناتجة خاصة عن الحجم العام للديون غير المغطاة، إضافة إلى الحواجز المالية التي كانت تحول دون تلبية إحتياجات المواطنين، و عرقلت السير العادي للنظام الصحي، دفع بالسلطات العمومية إلى التفكير في نظام تمويل جديد، خاصة بعد إنتهاج سياسة تصنيعية ساعدت على تمويل مختلف المشاريع الإجتماعية.

الفرع الثاني نظام التمويل بعد 1974 " مجانية العلاج "

إن تطبيق مبدأ مجانية العلاج سنة 1974، رافقه مراجعة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية، حيث تم وضع آلية للتمويل المسماة: الميزانية الإجمالية و التي عوضت النظام السابق المبني على أساس السعر اليومي هذا التعديل سمح بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى و بالتالي تسهيل تلبية احتياجاتهم الصحية، بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزافي للمستشفيات تحدد سنويا عن طريق قانون المالية و تحتوي على مصدرين للتمويل هما: مساهمة الدولة و مشاركة صندوق الضمان الإجتماعي بهدف التغطية، و بطريقة غير مباشرة النفقات الصحية للمؤمنين إجتماعيا و ذوي الحقوق.

يغطي هذا الجزافي مصاريف التسيير، و كذا المبالغ المعتبرة الموجهة للإستثمارات، و قد عرف نمو ملحوظ علما و أنه لم تكن هناك إجراءات واضحة تربط النشاط بمعايير التقييم و النجاعة سواء من طرف الإدارة المركزية أو الهيئات المكلفة بالتسيير على مستوى المؤسسات الصحية.

الفقرة الثانية: الوضعية الاقتصادية و نظام التمويل في الجزائر.

ارتبط نظام تمويل الصحة في الجزائر طرديا بالوضعية الاقتصادية.

الفرع الأول: مرحلة التنمية الشاملة من 1967 إلى 1986:

أدت إيرادات المحروقات و الإعتمادات الخارجية الممنوحة في شكل قروض إلى نمو اقتصادي محسوس، كنتيجة للاستثمارات المكثفة، فاستفاد قطاع الصحة بدوره من برنامج شامل مس أغلبية مناطق الوطن، حيث اتسعت رقعة التغطية الصحية بزيادة في عدد الهياكل (مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مراكز صحية، قاعات العلاج).

و أدى برنامج التكوين إلى زيادة محسوسة في عدد الأطباء و الشبه الطبيين، كما أدى تطبيق مبدأ المجانية إلى الحصول على العلاج في أي مستوى كان و التي بلغت ذروتها في هذه المرحلة، كما تميزت هذه الفترة بإحتكار القطاع العام بعرض الخدمات الصحية إلى غاية الثمانينات و الذي تدعم بتأميم الهياكل التابعة لصندوق الضمان الإجتماعي أما القطاع الخاص فكان شبه منعدم.

الفرع الثاني: مرحلة الأزمة الاقتصادية 1986 - 1988

أدى تراجع سعر البترول في منتصف الثمانينات إلى إفراز أزمة اقتصادية و مالية خطيرة، كونها المصدر الرئيسي لتمويل الاقتصاد الوطني (95%)، هذه الوضعية انعكست سلبا على التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، هذه الضغوطات زادت حداثها بسبب ثقل المديونية الخارجية سنة 1993 التي كانت تمتص 5/4 من الإيرادات الخارجية.¹

استمر مبدأ المجانية الكلية للخدمات الصحية الى غاية 1985 تاريخ بداية الأزمة الاقتصادية و المالية التي دفعت بالسلطة العمومية الى التفكير في إعادة صياغة هذا المبدأ حسب المعطيات الجديدة الهادفة الى عقلنة منح و استعمال الموارد و إشراك المرضى أكثر فأكثر في التكفل بحاجياتهم العلاجية. ففي بداية سنة 1986 تم توقيف التوزيع المجاني للأدوية، ورفعت الحواجز التي كانت أمام القطاع الخاص و الذي توسع في عرض خدماته: عيادات الفحص، عيادات الإستشفاء، التصوير الطبي، وهذا مما يمثل تمويل العائلات للخدمات العلاجية و الذي كان يعتمد أساسا على الدولة و الضمان الاجتماعي.

1- د، العمري العربي، مقال بعنوان: تمويل النظام الوطني للصحة، مجلة المسير، المدرسة الوطنية للصحة العمومية سنة 1998، ص25.

الفرع الثالث: الوثبة الاقتصادية و مرحلة اقتصاد السوق من 1988 الى اليوم:

انعكس استمرار الأزمة الاقتصادية (1986) سلبا على أغلبية القطاعات الاقتصادية و الاجتماعية، حيث عجزت الدولة عن تسديد ديونها ابتداء من 1993 و دخلت في مفاوضات مع صندوق النقد الدولي و البنك العالمي للتوصل إلى إبرام اتفاقية للتخفيف من الصعوبات المالية، و هذا ما انجر عنه إعادة جدولة الديون الخارجية، و بالموازاة مع ذلك شرع في تطبيق إصلاحات بهدف استقرار العملة الوطنية و تخفيف حدة العجز المالي و معدلات التضخم.

و ظهرت بوادر الإصلاح في تحرير التجارة الخارجية و تبادل السلع و الخدمات، و الشروع في عملية الخصخصة، و في خضم هذه المعطيات المتعلقة بالاقتصاد الكلي أضحى إعادة النظر في نظام تمويل الصحة أكثر من ضرورة.

هنا شرعت وزارة الصحة منذ 1995 في إصدار مجموعة من القوانين تؤسس لمساهمة المرضى في تكاليف العلاج الذي يحصلون عليه لتقليل التكاليف على ميزانية الدولة، و هي لا تمثل سوى 2% من الميزانية الإجمالية للمؤسسات الصحية، و لكنها بذرة تجديد في تغطية التكاليف العلاجية، و تعد تجاوز لفكرة المجانية الكلية و تجلت بوضوح نزعة التخلص من النظام الجزافي في بناء علاقات تعاقدية بين الهياكل الصحية و صناديق الضمان الاجتماعي، هذه العلاقة من شأنها إرساء دعائم متابعة و مراقبة و محاسبة للموارد الممنوحة.

المطلب الثالث دور الضمان الاجتماعي في تمويل المنظومة الوطنية للصحة:

إن تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي يعد من أهم النقاط الواجب التطرق إليها، نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كمول رئيسي.

في البداية يجب القول بأن الضمان الاجتماعي في الجزائر، حتى بعد الإستقلال بقي يسير على شكل النظام الفرنسي، المتميز بتعدد الأنظمة مما يعقد الأمر، بإعتبار أن مختلف تلك الأنظمة مستقلة في أعمالها تسييرها، أهم هذه الأنظمة هو النظام العام للمأجورين بالنظر إلى عدد المنتمين إليه، الذي يم عمل قطاع الصناعة، البناء، التجارة، الخدمات وغيرها.

كما أنه كان هناك إضافة إلى نظام موظفي الإدارات العمومية، مجموعة من الأنظمة الخاصة كتلك المتعلقة بالمناجم، عمال البحر، الغاز، و عمال السكك الحديدية، وكذا النظام الزراعي المهني في شكل تعاونيات.

أما النظام المتعلق بغير المأجورين، فلم يتم إنشائه إلا عام 1967 هو موجه للمهن الحرة، للتجارة و الحرفيين و يدعى (CASNOS).

مجموعة هذه الأنظمة يترأسها الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي (CNSS) الذي يقوم بمهام التنسيق والتنشيط.

مما يزيد تعقد نظام الضمان الإجتماعي في هذه الفترة هو انقسام الوصاية، نظرا لمشاركة عدة وزارات فملا: الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي (CNSS) كان تابعا لوزارة العمل في وقت ما وعد في 1991 إلى وزارة الصحة.

التعاونيات الفلاحة كانت دوما نظاما للوحدة تابع لوزارة الفلاحة فقبل إنشاء مجانية العلاج، كان يقدم خدماته الطبية مباشرة وبعد وضع المجانية تخلى عن قاعات العلاج التي كانت تملكها لوزارة الصحة، واحتفظ فقط بمهام التعويضات.¹

إضافة إلى ذلك فإن تعقيد هذا النظام يظهر على مستوى آخر يتمثل في تعدد واختلاف نسب المساهمة للمنتمين لمختلف هذه الأنظمة، وكذا إختلافات في الخدمات المقدمة. ففي النظام العام يستفيد المنتمون من:²

*** خدمات مادية:**

هي تمثل تكلفة المرضى، وتشمل تغطية المصاريف الصيدلانية، الجراحية، والمكوث في المستشفى، وتمثل معدل التعويض فيها 80 % يمكن أن يرتفع إلى 100 % في الحالات الخطيرة كعمليات أو الأمراض المزمنة.

*** خدمات مالية:**

هي تمثل دخل تعويضي، يخص الذين يتقاضون أجر فقط، مثال: تعويض الأجر اليومي عند غياب لأسباب مرضية.

*** التأمينات الإجتماعية:**

مثل تأمين الأمومة، الذي يعتبر جزافي لمجمل المصاريف الطبية والصيدلانية المتعلقة بالولادة. وكذا بتأمين الوفاة.

*** حوادث العمل والأمراض المهنية:**

حيث أصبحت من شأن الضمان الإجتماعي منذ 1967.

¹ Fatima Zohra Oufriha, Cette chère santé: Une Analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, p 60-61.

2 - بار جميلة، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير معهد العلوم الاقتصادية (1993)، ص55-56.

* الحركة الصحية الإجتماعية والعائلية:

ذلك نظرا لاهتمام الضمان الإجتماعي بتسيير الصحة والمخيمات الصيفية، فهو إلى جانب الحركة الصحية يقوم ببعض الأنشطة الإجتماعية¹.

كل ما سبق هي الخدمات التي تهتمنا والتي تدور في محيط الصحة، إلا أننا نذكر فقط أن الصندوق له مهام أخرى إجتماعية متعلقة بالتقاعد والشيخوخة وغيرها.

فهو إذا النظام الأكثر شمولية، نفس الشيء يقال بالنسبة لنظام المناجم وكذا عمال البحر على العكس من ذلك فنظام الموظفين وكذا النظامين الخاصين المتعلقين بسونلغاز وكذا عمال السكك الحديدية، لا يقدمون سوى الخدمات المادية والتأمينات الإجتماعية، الباقي يقدمه صاحب العمل.

أما نظام الغير المأجورين يهتم بتقديم الخدمات المادية، وكذا الخدمات المقدمة من كل نظام وهذا التعدد يسري كذلك على نسب الإشتراكات المتقطعة من المعنيين.

أما في مرحلة ثانية كانت هناك عملية توحيد للضمان الإجتماعي، فعقب صدور قوانين 02 جويلية 1983، ثم حل جميع الأنظمة المتواجدة وإنشاء نظام موحد لتأمينات الإجتماعية الذي يضم حوالت العمل والأمراض المهنية، وعليه فهو يضم مجموعة الفئات العاملة في جمع النشاطات أو أغلبها.

بالموازاة مع هذا التوحيد في الأنظمة، هناك توحيد في نسب الإشتراكات وكذا بالنسبة للخدمات المقدمة فهي نفسها، بمعنى أن الأعباء والإميازات لمختلف مجموعات العمل متمثلة، كذلك الأمر بالنسبة للأعباء الواقعة على عاتق مختلف المؤسسات قطاعات النشاط حيث أن جزء من الأعباء يتحمله العامل وجزء آخر يتحمله صاحب العمل.

وعليه ففي الغالب النسبة موحدة في جمع القطاعات، ماعدا بعض الاستثناءات عندما يكون صاحب العمل ذا صفة خاصة مثلا بالنسبة للإدارات العمومية فالنسبة التي تشارك بها في الضمان الإجتماعي أقل، أو مثل تعاوانيات قداماء المجاهدين كذلك².

على العموم، فلقد تم إصدار تعليمية وزارية 5 جانفي 1992 تجعل الإدارة في نفس المستوى مع باقي قطاعات المشاط الأخرى بالنسبة لسنة 1993، كما تنظم هذه التعليمية في مرحلة انتقالية حيث أن الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية، حوادث العمل و الأمراض المهنية (CNASAT) هو المسير لمجموعة التأمينات المتعلقة بالصحة، بينما هناك صندوق وطني للتعاقد (CNR) المسير للنظام الموحد

¹ - بار جميلة، نفس الرسالة، ص56.

² - أوفريحة فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص62-63

للتعاقد منفصلاً عن باقي الفروع، وفي 1992، ينفصل نظام الغير أجراء في صندوق لوحده (CASNOS) ليلقى صندوق الأجور ويدعى (CNAS)¹

معنى ذلك أنه رغم توحيد تسيير نسب الإشتراكات وكذا الخدمات المقدمة، فإنه مفهوم الضمان الإجتماعي يبقى نفسه، حيث أن المادة 5 من القانون المؤرخ في 2 جويلية 1983 تنص على الهياكل الأخرى غير العمومية للصحة، فإن المصاريف التي تحملها المؤمن يتم تعويضها من طرف هيئة الضمان الإجتماعي بنسبة 80 % من المصاريف عبر التنظيم.

بعبارة أخرى فإن نظام التأمين الإلزامي يشارك في تمويل القطاعات الصحية العمومية لكنه يبقى متميزاً ويخضع لمنطق تسيير آخر، يصبو إلى تعويض مصاريف العلاج في القطاع الخاص أساساً، مما يؤدي بناً إلى نظام علاج ممول أكثر فأكثر عن طريق التأمين الإجتماعي وفق إجراءات مختلفة، تبعاً للقطاع أهو عام أم خاص، فهناك إذا فرق كبير بين أصحاب القرار في السياسة الصحية هم وزارة الصحة والهيكل الموضوعة تحت وصايتها، وبين الهيئة الممولة أو التي تدفع، المتمثلة في الضمان الإجتماعي، بما في ذلك التكفل بنقل المرضى إلى الخارج وغيرها، مما يجعل وسائل الرقابة وكذا التقليل من النفقات عن طريق وضع سياسة متحكمة فيها عن طريق الضمان الإجتماعي أمراً مستحيلاً تقريباً².

فالحالة المالية للضمان الإجتماعي حافظت لمدة طويلة على فائض في مصادرها، هذا النمو كان محددًا بوتيرة الإستثمار العمومي، دفع الأجور للأفراد العاملين في المجتمع لكن ذلك لم يدم وصار الصندوق يتخبط في مشاكل مالية.

في بداية الثمانينيات وبصفة خاصة بين 1980 و 1984 متوسط النمو السنوي كان يقارب 16% من المدخلات، وذلك نظراً لزيادة عدد المنخرطين في الضمان الإجتماعي من 2,18 إلى 2,92 عام 1984.

استمرت الوضعية المالية الحسنة، والتميز بنوع من فائض في ميزانية الضمان الإجتماعي إلى غاية 1986-1987، غير أنه ابتداءً من 1988 لوحظ عجز متزايد، لإنخفاض نسبة الشغل، زيادة عدد المستفيدين، والإستمرارية في تدعيم النفقات الصحية من تمويل للقطاعات الصحية، الإستثمارات، والعلاج في الخارج³.

لمحاولة إيجاد حلول لهذا العجز المالي، يجب القيام بإعادة هيكلة الضمان الإجتماعي من جهة، وكذلك التفاوض مع الدولة فيما يخص طريقة تسيير موارده من جهة أخرى.

¹ - المرسوم التنفيذي المؤرخ في 04 جانفي 1992 المتضمن النظام القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي.

² - أو فريجة فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 64

³ - بار جميلة، الرسالة السابقة، ص 58

في ما يخص إعادة الهيكلة، فذلك متعلق بقانون % الذي يعتبر الصندوق لمؤسسة عمومية ذات صبغة إدارية، إذن يخضع للمحاسبة العمومية، غير أن تسير موارده ونفقاته تتبع لقواعد المحاسبة الخاصة نظراً لطبيعة نشاطه وغياب أي قرض محدد في إطار ميزانية الدولة، والإستقلالية المطبقة من حيث الإشتراكات، إضافة لتكلفة تسيير الوكالات المحلية الموزعة جغرافياً.

أما عن علاقة الصندوق مع الدولة فإن مسؤولي الضمان يشكون خاصة من كون الدولة لا تدفع دائماً إشتراكاتهم، وهنا المشكل يأتي خاصة من المؤسسات والإدارات العمومية، فلقد مثلت عام 1986 حوالي 90 % من حجم الإشتراكات غير المغطاة (حوالي 12,5 مليار دج)، إضافة إلى ذلك، ففي أغلب الأحيان تأخذ الدولة من مصادر الضمان الإجتماعي لتمويل نفقات تعد من مهامها، نعني هنا نفقات الصحة والتكفل بمجانبة العلاج، وكذلك فهي تفرض عليه التكفل بالمصريف الطبية للغير مؤمنين عند العلاج في الخارج، ما يمكن قوله هو أن الضمان الإجتماعي يدخل مرحلة يتخبط فيها بمشاكل مالية في وقت يحتاج فيه إلى موارد أكبر للحفاظ على توازن الخدمات على العموم.

في هذا الإطار، نحن نعلم أن مبلغ مشاركة صندوق الضمان الإجتماعي يحدد كل سنة بواسطة قانون المالية، هذه المشاركة تتم بواسطة طرق خاصة ومعينة مثل الرخصة الممنوحة للخزينة المركزية للسحب مباشرة من حساب الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي، في حالة ما إذا رفضت القيام بالتحويلات التي يعتبرها هامة نسبياً وتثير الحيرة حول منح الهيئت العمومية لمثل هذه الرخص.

كما أن المشاركة في ميزانية القطاعات الصحية، المؤسسات الإستشفائية الجامعية وللمتخصصة يتم بدفع شرائح فصيلة للحساب الخاص للخزينة، المسمى بـ " مصاريف الإستشفاء المجاني ".
و عليه، يمكن القول أنه على المستوى المالي، فإن تطور هذه المشاركة تبين تدرج إيجابي نسبياً يتوافق مع تطور مشاركة الدولة، مما يترجم نوع من التوازن في مشاركة كل من الطرفين. (حوالي ثلث مقابل ثلثين)، بينما على المستوى المؤسسي، فإن طبيعة الأعباء، تعرف تغيرات عبر قانون المالية لسنة 1994.

بالفعل، للمرة الأولى، هذا القانون - عبر مادته 147 - يبين الوجهة المخصصة لمساهمات الضمان الإجتماعي، وبالموازاة وجهة مساهمات الدولة.

فالأولى تخص التغطية المالية للأعباء الطبية للمؤمنين الإجتماعيين، وكذا نوي حقوقهم. أما الثانية فتخص مصاريف الوقاية، التكوين، البحث الطبي والعلاج الموجه للمعوزين الغير مؤمنين إجتماعياً.
إن هذا التوزيع الجديد للأدوار يوضح التخلي المالي لصندوق الضمان الإجتماعي فيما يخص كل نفقة غير مرتبطة مباشرة بالتكفل الطب للمنتمين إلى الصندوق، مثل هذا التغيير في قواعد السير، يحمل نتائج

هامة في إطار أن مشاركة صناديق الضمان الإجتماعي لم يعد بالإمكان تقديرها مسبقاً، ولا يمكن تحديدها عن طريق قوانين المالية، ولو على " أساس تقديري"، احتمالي.

هذا المبدأ الجديد، وما يستلزمه يبدو أنه لم يوضع حيز التنفيذ، فقانون المالية لسنة 1995 في مادته 165، على العكس مما يمكن إنتظاره، يعيد مسألة تحديد مبلغ المساهمة عن طريق قوانين مالية، وكذا صرح بعض التفاصيل في الإجراءات الغير عادية في نص ذو قيمة تشريعية، الذي من المفروض أن يحدد السياسة المالية للدولة للسنة الجارية.

في الأخير يمكن القول أنه إضافة إلى نفقات الإستشفاء، فإن الضمان الإجتماعي كان يمول إضافة إلى هياكله الخاصة الإستثمارات الإجتماعية والصحية، ذلك حتى بداية الثمانينات أين لم يصبح يقدم العلاج، الذي عاد إلى القطاع العمومي والخاص بالدولة، وعليه فإن مصاريف الإستشفاء إرتفعت، منذ 1993 وهو تاريخ أول عجز فإن مشاركة المنتمين تمت في حوالي 1 إلى 2 مليار دج، كما هناك العلاج في الخارج والذي تم التخفيض منه بصفة كبيرة بأكثر من 70 % عام 1995.

على العكس مما سبق فإنه فيما يخص تعويضات المصاريف الطبية والمواد الصيدلانية فقد عرفت تطوراً كبيراً، ففي حين كانت تمثل 1/2 مليار دج عام 1980، فإنها أصبحت 8 مليار دج عام 1994، ذلك بسبب إعادة توازن مبالغ الأدوية التي كانت مدعومة من الدولة، إضافة إلى التغيرات النقدية الحاصلة من إعادة تقييم العملة".

كما أن تسارع المؤمنين الإجتماعيين في طلب التعويضات، وكذا توسع القطاع الخاص للصحة يفسر هذا التطور الهام.

المبحث الثاني: الاحتياجات المالية لقطاع الصحة مع أفق 2010:

مع أفق 2010 سيتعدى سكان الجزائر 36 مليون نسمة، وهذا يعني أن الاحتياجات الصحية ستتغير كما ونوعا، وسعيا لتحقيق الهدف الإستراتيجي الداعي إلى وصول العلاج لجميع المواطنين بشكل عادل وتحسين نوعية العلاج والخدمات، فلا بد من استجابة طرق التمويل للاحتياجات المالية، ويظهر التقدير المالي للمشاريع الصحية مع أفق 2010 كمايلي:

المطلب الأول: التقدير المالي للمشاريع مع أفق 2010:

إن نوعية عرض العلاج في الوقت الراهن تواجه عدة عوامل تؤثر على التشغيل الفعّال لهذا النظام، وضمن هذه العوامل نلاحظ قدم الهياكل خاصة الإستشفائية منها، ونقض الهياكل الخاصة بالاستعجالات، وقدم التجهيزات التي تطرح ضرورة التكيف مع التكنولوجيا الجديدة التي تتناسب واحتياجات العلاج والصحة والتكوين على أساس أن جزءا مهما من التجهيزات الطبية والإدارية الحالية معطّلة أو بطل استعمالها، أمّا على المستوى الصحي العام فإن انتشار الأوبئة وتزايد الأمراض المزمنة تفرض إعادة النظر في مستوى الخدمات المعروضة، بهذه الصورة نرى ضرورة استخدام وسائل طبية تساير التقدم العلمي والتكنولوجي، واستحداث تكنولوجيا جديدة للكشف والعلاج والاتصال والتكوين للاستجابة لاحتياجات السنوات القادمة، ولمسايرة هذا الطرح سطرت السلطات العمومية العديد من المشاريع الصحية المتمثلة في:

الفقرة الأولى: الإنجازات المتوقعة الخاصة بالهياكل إلى غاية سنة 2010:¹

- 1- ترميم المستشفى المدمر نتيجة لزلزال 2003.
- 2- إنشاء أكبر مستشفين في وسط وشرق البلاد.
- 3- ترميم 10 مستشفيات منجزة سابقا.
- 4- إنشاء وتجهيز 06 مراكز خاصة بالسرطان.
- 5- إنشاء وتجهيز 03 مراكز إقليمية خاصة بالمحروقين.
- 6- إنشاء وتجهيز معهد وطني للكلية.
- 7- إنشاء وتجهيز معهد وطني للقلب.
- 8- إنشاء وتجهيز 03 مراكز نفسية، تتكون من 230 مصلحة للطب النفسي و 158 مركز وسيط للصحة العقلية.
- 9- إنشاء هياكل غير الإستشفائية في البلديات: 40 مستوصف متعدد الخدمات و 100 مركز صحي.

¹ - www. Ands .dz.

وتتضح التقدير المالي الضروري لأجل تحقيق الهياكل الجديدة الإستشفائية منها وغير الإستشفائية وإعادة تجديد الهياكل الصحية المتضررة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 06

الاحتياجات المالية المقدرة للفترة 2010/2004 للهياكل الإستشفائية وغير الإستشفائية

الوحدة مليار دينار جزائري		الاحتياجات المالية من أجل تحقيق الهياكل الإستشفائية					
الفترة	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
2010/2004	4.337.000	12.652.000	13.255.000	6.677.000	7.080.000	8.075.000	
الاحتياجات المالية من أجل تحقيق الهياكل غير الإستشفائية							
4.050.000	900.000	600.000	750.000	750.000	600.000	450.000	0
الاحتياجات المالية من أجل تجديد الهياكل الإستشفائية الحالية							
2.200.000	0	0	250.000	550.000	850.000	550.000	0
مجموع الاحتياجات المالية							
59.776.000	5.237.000	13.252.000	14.255.000	7.977.000	8.530.000	9.075.000	1.450.000

المصدر: www. Ands.dz/développement p49

الفقرة الثانية: الإنجازات المتوقعة من التجهيزات الطبية و الإدارية: وتتمثل في إكتساب:

1 - 18 جهاز معالجة السرطان.

2 - 12 جهاز صوري.

3 - 12 كاميرا قاما.

4 - 07 رنان مغناطيسي.

5 - 32 جهاز سكانير.

6 - 13 أنجيوغراف.

ويتضح التقدير المالي الضروري لأجل تحقيق تلك التجهيزات خلال الفترة 2005 - 2010 من

المعطيات المجدولة:

الجدول رقم 07

التقدير المالي لاكتساب التجهيزات الثقيلة خلال الفترة: 2005 - 2010

الإحتياجات المالية من أجل إكتساب التجهيزات الثقيلة (الوحدة: مليار دينار جزائري)						
الفترة 2005 - 2010	2010	2009	2008	2007	2006	2005
33.837.000	5.217.000	5.305.000	5.345.000	5.650.000	6.050.000	6.270.000

المصدر: www. Ands.dz/développement p49

و بعملية بسيطة يتضح أن التقدير المالي الكلي للهياكل الإستشفائية و الهياكل غير الإستشفائية المتوقع إنجازها و تجديد للهياكل الضعيفة، و إكتساب التجهيزات الطبية الثقيلة إلى غاية سنة 2010 بلغ 936.130.000 دج منها 33.837.00 دج من أجل تزويد الهياكل بتجهيز طبي و ضروري. أما التقديرات المفصلة لمختلف توقعات الإنجاز موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 08

تقدير المشاريع الجاري بها الإنجاز و التي لم تنجز بعد

ملاحظة	السعة	الموضع أو التمرکز	عنوان العملية
	740 سرير	وهران	دراسات - تحقيق و تجهيز CHU جديد
	100 سرير	وهران	دراسات - تحقيق و تجهيز ضد السرطان
	240 سرير	بشار. سكيكدة. عين تموشنت	دراسات - تحقيق و تجهيز المستشفيات
	60 سرير	عين الباي (قسنطينة)، ندرومة (تلمسان)	
	80 سرير	تيارت (الرحوية)	
	240 سرير	الشلف	دراسات - تحقيق و تجهيز المستشفيات
	120 سرير	عين أزال (سطيف)	
	120 سرير	خنشلة	
	60 سرير	تابلاط (المدية)	
	60 سرير	أزفون (تيزي وزو)	
	80 سرير	ورقلة	دراسات - تحقيق و تجهيز مراكز ضد السرطان
	80 سرير	عنابة	

المصدر: www. Ands.dz/développement

تمثل هذه المشاريع الخطوط العريضة لإستراتيجية قطاع الصحة سعياً لتحسين عرض العلاج للمواطنين، و هذه التوجيهات تتركز على تحليل الوضعية الحالية و إعداد الوسائل البشرية و المادية و المالية المناسبة لجلب التغيير النوعي المتوقع طبقاً لتوصيت الخاصة بالإصلاح الإستشفائي، الذي يذكر ببعض المعايير المستعجلة¹ :

- تزويد هياكل الصحة العامة بتجهيزات طبية ضرورية من أجل تشغيلها.
- رد الإعتبار لبعض هياكل الصحة القديمة المنجزة في عهد الإستعمار.
- ترقية الصحة لبعض الأمراض خاصة الصحة العقلية.
- الوضع المناسب للمخابر من أجل البحث العلمي.
- إنشاء معاهد متخصصة للأمراض الدقيقة الخاصة بالقلب، الكلى، السرطان.

المطلب الثاني: التغطية الصحية المنتظرة في سنة 2010 مقارنة بالمؤشرات المعمول بها:

إن التحليل المستقبلي لنظام الصحة يكون بتحديد الأولويات التي تواجه الإصلاح، من أجل إحداث تغيير ملموس في الحالة الصحية للسكان، و تحسين مؤشرات الصحة للسنوات القادمة، حيث أن التغطية الصحية المنتظرة (عرض العلاج) و التغطية المرغوب فيها (الطلب على العلاج) في السنوات القادمة، تمكن من تقدير حجم العجز في تلبية الطلب المستقبلي بما يسمح من تحضير سياسات تمويلية قادرة على الاستجابة للمتطلبات الصحية المتزايدة للسكان.

الفقرة الأولى: العرض المنتظر للعلاج إلى غاية 2010:

الفرع: مؤشرات التغطية الصحية بالأطباء:

إن متوسط التطور السنوي لنسب التغطية الخاصة بالأطباء و أطباء الأسنان و الصيادلة خلال الفترة : 1996 - 2004 هي على التوالي : 1.27 %، 3.4 %، و إذا اعتمدنا هذه المعدلات مع أفق 2010 فإن النسبة المنتظرة تكون:

طبيب واحد لكل 4862 ساكن، و طبيب أسنان واحد لكل 2785 ساكن في 2010، و صيدلي واحد لكل 4543 ساكن، و هذا يعني أن أفراد هذه الفئات الثلاثة في 2010 مرشحين إلى الزيادة، التي تكون بالنسبة على المعطيات سنة 2001 كالتالي : 7054 طبيب، 920 جراح أسنان و 2661 صيدلي، و يتضح ت من خلال الجدول التالي:

¹ - www. Ands.dz/développement

الجدول رقم 09

طور نسبة التغطية الطبية للفئات الثلاثة خلال الفترة 1996-2010

السنة	صيادلة	جراحي أسنان	أطباء
1996	7372	3636	1031
1998	6809	3681	977
2000	6308	3679	987
2001	6210	3656	967
2010	4560	3692	862

المصدر: مديرية التخطيط (وزارة الصحة و السكان)

الفرع الثاني: مؤشرات التغطية الخاصة بالقاعدة الصحية

لدينا بالنسبة للعيادات متعددة الخدمات أنه خلال الفترة: 1995 - 2001، 44 هيكل جديد وضعت تحت الخدمة، أي أن نسبة التغطية انتقلت مع تزايد عدد السكان من عيادة واحدة متعددة الخدمات لكل 60435 ساكن إلى عيادة واحدة لكل 61131 ساكن، و باعتماد نفس معدل الإنجاز معنى ذلك أنه سيكون لدينا مع سنة 2010 عيادة متعددة الخدمات ل: 62192 ساكن، أي سينجز خلال هذه الفترة 52 وحدة، و تتضح أكثر وضعية القاعدة الصحية من خلال الجدول التالي¹:

الجدول رقم 10

تطور نسبة تغطية القاعدة الصحية خلال الفترة 2001-2010

2010	2001	2000	1995	
556	504	497	460	عيادات متعددة الخدمات
62/1	61/1	61/1	60/1	نسبة التغطية
5979	5368	5216	4865	قاعة علاج + مركز صحي
57/1	57/1	58/1	57/1	نسبة التغطية
34550000	30810000	30365000	27800000	عدد السكان

المصدر: مديرية السكان، مديرية التخطيط. (وزارة الصحة و السكان).

¹ - www.santé .dz

الفرع الثالث: مؤشرات التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية

الملاحظ خلال الفترة: 1990 - 2001 أن كثافة الأسرة الإستشفائية في القطاع العام عرف تقلصا في التغطية حيث أنتقل من 2.024 سرير لكل 1000 ساكن إلى 1.88 سرير، و هذا يعني أنه مع سنة 2010 سيصل إلى نسبة 1.69 سرير من أجل 1.000 ساكن، و هذا مايتجلى من المعطيات المجدولة:

الجدول رقم 11

التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية

2010	2001	2000	1995	1990	
58631	58039	44955	56144	55544	العدد الإجمالي للأسرة
1.69	1.88	1.48	2.02	2.024	نسبة سرير/1000 ساكن
34550000	30810000	30365000	27800000	24710000	عدد السكان

المصدر: مديرية السكان، مديرية التخطيط، (وزارة الصحة و السكان).

الفقرة الثانية: الطلب المنتظر على العلاج إلى غاية 2010

يقوم الطلب على تثبيت الهدف المرغوب فيه، و تقدير الجهود الإضافية اللازمة للوصول إلى تغطية كاملة للطلب على العلاج، و تظهر مؤشرات التغطية في:

الفرع الأول: نسبة التغطية للأطباء

إذا ثبتنا نسبة التغطية الوطنية ب: طبيب واحد لكل 700 ساكن، فإن الطلب على الأطباء إلى غاية 2010 سيكون 49.357 طبيب، أي بزيادة قدرها 17.482 طبيب عن عدد الأطباء الممارسون في سنة 2001.

الفرع الثاني: نسبة تغطية القاعدة الصحية

بداية نشير أن بلوغ نسبة عيادة متعددة الخدمات ل: 60.000 ساكن عوض عيادة لـ : 62192 ساكن يتطلب سنويا بناء 20 هيكل إضافي ، أي ما يعادل 72 هيكل جديد في المجموع، و نتفق أن بناء الهياكل الصحية بمختلف أنواعها تتطلب استثمارا متماسكا و دائما أي ضمان تخصيص أموال ضخمة بشكل مستمر.

الفرع الثالث: عدد الأسرة الإستشفائية لكل 1000 ساكن.

خدمة للمرضى يجب ضمان الوفرة و التسيير الجيد للأسرة، و بالتالي العودة على الأقل إلى معدل التسعينيات أي لا ننتظر نسبة 1.69 بل العودة إلى نسبة 2.0، و هذا يتطلب إنشاء إلى غاية 2010 حوالي 11061 سرير إضافي زيادة عن الموجود سنة 2001¹ و مما سبق نستخلص الجداول التالية و التي توضح فرق التقدير بين العرض المتوقع الوصول إليه في 2010، و الطلب المرغوب لنفس السنة على اعتبار:

الجدول رقم 12

تقديرات الاحتياجات المتوقعة للأطباء إلى غاية 2010

الإحتياجات في 2010	القيم في 2010	
//	700	نسبة طبيب لكل ساكن المرغوبة
17842	49357	الأطباء الضروريين
//	34550000	عدد السكان في 2010

المصدر: وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات.

الجدول رقم 13

تقديرات احتياجات التغطية الصحية إلى غاية 2010

الإحتياجات في 2010	القيم في 2010	
//	60000	نسبة العيادات المتعددة الخدمات المرغوبة
72	576	عدد العيادات المتعددة الخدمات الضرورية
//	5000	نسبة (قاعات العلاج + مراكز العلاج) المرغوبة
154	6910	قاعات العلاج + مراكز العلاج الضرورية
//	34550000	السكان في 2010

المصدر: وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات.

¹ - www.Ands.dz/le_ministre/html

الجدول رقم 14

تقديرات احتياجات التغطية الصحية إلى غاية 2010

احتياجات 2010	القيم في 2010	
	2.0	نسبة (أسرة / 1000 ساكن) المرغوبة
11061	69100	عدد الأسرة الضرورية
	34550000	عدد السكان في 2010

المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

و من خلال ما سبق نلاحظ الفرق في التغطية الصحية بين تقديراتنا للعرض المتوقع و بين تغطية الطلب المرغوبة أو المراد الوصول إليها، و هذا يجعلنا ندرك الإحتياجات المالية الضخمة التي يجب أن يوفرها قطاع الصحة العمومي من أجل تلبية الطلب على الهياكل الصحية. و الواضح أن النظام الصحي اليوم ليس بإمكانه تحمل إحتياجات السكان، من أجل ضمان مستقبل جيد و تحسين مستوى الأداء العام للخدمات في ظل النمو الديمغرافي و التغيير في طبيعة و إحتياجات الصحة، من المستعجل في الظرف الراهن التفكير في طريقة مثلى لتمويل نظام الصحة العمومي حتى يستجيب لمبادئ الجودة و الفعالية.

المبحث الثالث: تشخيص الجوانب الإيجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر المطلب الأول: إيجابيات نظام تمويل الصحة.

إن تحديد مصادر التمويل مسبقا يعد من الأمور الإيجابية، فبتحديد المصادر تكون الرؤية واضحة في التزام الأطراف بحصصها التمويلية، و في هذا الإتجاه فإن الجلسات التي إنعقدت أيام 26، 27 و 28 ماي 1998 بقصر الأمم بنادي الصنوبر أدرجت بين المحاور قضية البحث عن مصادر أخرى لتمويل قطاع الصحة لا سيما إنشاء رسوم على النشاطات الملوثة للبيئة المؤثرة على صحة المواطن.

كما أن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الإجتماعي له جانب إيجابي من حيث الطابع التضامني في كفالة العلاج لشرائح كبيرة في المجتمع بغض النظر عن التعريف الإجتماعية و هو يمكن الاحتفاظ به من حيث تكييف النمط مع ضبطه ضمن منظومة متكاملة الجوانب.

و من صور الإيجابية توصية ميثاق الصحة لسنة 1998 و المنبثق عن الملتقى المذكور أعلاه ضرورة الإبقاء على مساهمة الدولة كضامن للجانب الإستشفائي في إطار التضامن الوطني، و المحافظة على الحد الأدنى من التوازن على المستوى الإجتماعي، واستمرار حضور معنى السلطة العامة من حيث التخطيط و التنظيم و الإشراف على مختلف البرامج، و التي تشهد على دور الدولة في القضاء على العديد من الأمراض و الأوبئة الفتاكة، و من ذلك البرنامج الموسع للتطعيم، برامج الصحة المختلفة و هذا فضلا عن الجهود المتواصل في مجال التكوين.

المطلب الثاني: سلبيات نظام تمويل الصحة.

الفقرة الأولى: ارتفاع النفقات الوطنية للصحة.

إن ارتفاع نفقات الصحة يظهر جليا في تدهور شروط إقامة المرضى، وكذا الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية والأجهزة الطبية.

وهذا ما يفسر تراجع ميزانية قطاع الصحة، خاصة خلال الفترة الممتدة من 1991-2001، بالمقارنة مع بعض المؤشرات الاقتصادية، حيث كانت تمثل 2,2 % من الناتج الوطني الخام، لتقلص إلى 1,4 % سنة 2001.

وهذا ما يمكن توضيحه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 15
المؤشرات الاقتصادية للفترة 1991-2004

2004	2001	1999	1997	1995	1993	1991	
10	6.4	6.4	6.7	8.2	8.7	12.1	(B/صحة/كلية)%
4.8	1.4	1.6	1.5	1.8	2.2	2.2	(ميزانية الصحة/PIB) %

ويضاف إلى كل هذا، إرتفاع ديون قطاع الصحة، والتي إرتفعت من 11,7 مليار دج، وهي موزعة على:

- المركز الإستشفائية الجامعية CHU بـ 29,5 %.
- المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بـ 7 %.
- القطاعات الصحية بـ 63,5 %.
- وهذه الديون مقدمة حسب عناوين النفقات إلى ¹
- 51% الأدوية والتقنيات.
- 21 % نفقات أخرى (ماء، غاز، كهرباء، هاتف)
- 20 % نفقات المستخدمين.
- 3 % الآلات الطبية.
- 3 % لصيانة الأجهزة.
- 2 % للتغذية.

كل هذه الديون شكلت عبأ كبيرا على السير الحسن للمنشآت الصحية ونوعية العلاج المقدم. يعتبر النظام الوطني من أكبر المستهلكين من حيث حجم الميزانية المخصصة للقطاع الصحي إلا أنه و بمقابل ذلك أصبحت الموارد المالية المخصصة لهذا الأخير ثابتة خلال السنوات الأخيرة و يضاف إلى ذلك انخفاض نسبة PIB الموجهة للصحة العمومية.

و من جهة أخرى فمن يوم لآخر تتضاعف حاجة القطاع للموارد توافقا مع المتغيرات الصحية و البشرية، مما يستوجب تحميل أعباء أكبر فأكبر على شخص المريض باعتباره المستفيد من خدمة المصالح العمومية إلى درجة أنه أصبح مجبرا على تحمل أعباء تشخيصات في مجالات معينة تضمن فقط من طرف القطاع الخاص.

1 - العلواني عديلة، تقييم طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر، مذكرة ماجستير، جامعة بسكرة، 2004/2005، ص 85.

و تبقى الإمكانيات المالية التي يحظى بها قطاع الصحة و إلى غاية يومنا هذا محدودة و هذا ما يتوضح جليا من خلال نسب مختلف المشاركات سواء من طرف الدولة أو الصندوق الوطني للتأمين و كذا الأفراد.

و من جهة أخرى تبقى نسبة النفقات في زيادة مستمرة مما يخلق تعارضا يعتبر أساسا لاحتدام المشاكل التي يواجهها قطاع الصحة، خاصة منذ التسعينيات الشيء الموضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 16

تطور ميزانية تسيير المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالموارد

RUBRIQUES	BUDGET T 1996	%	BUDGET 1997	%	BUDGET 1998	%	BUDGET 1999	%	BUDGET 2000
de Participation l'Etat	25 536 787	59	27 983 000	59	28 780 880	58	31 245 515	58	33 036 043
de Participation la CNAS	16 576 000	38	17 972 000	38	19 652 000	40	19 872 000	37	20 540 477
Remboursement de la CNAS	300 000	1	300 000	1	300 000	1	300 000	1	300 000
Autres Ressources	700 000	1,6	800 000	1,7	800 000	1,6	800 000	1	800 000
Reliquats Trésorerie	168 000	0,4	94 000	0,2	94 000	0,2	1 433 365	3	133 365
TOTAL	43 280 787	100	47 149 000	100	49 626 880	100	53 650 880	100	54 809 885

المصدر: مديرية الميزانية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الجدول رقم 17

تطور ميزانية تسيير المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالنفقات

TITRE DE DEPENSES	BUDGET 1996	%	BUDGET 1997	%	BUDGET 1998	%	BUDGET 1999	%	BUDGET 2000
Personnel	28 562 500	66	31 519 500	67	33 916 880	68	36 312 880	68	37 185 680
Formation	1 360 000	3,1	1 252 000	3	1 327 000	3	1 338 500	2	1 327 259
Aliment	893 000	2,1	893 000	2	893 000	2	937 500	2	1 024 387
Médicaments	6 798 000	15,7	7 408 000	16	7 405 000	15	9 015 000	17	8 015 000
Prévention	1 161 000	2,7	1 161 000	2	1 161 000	2	1 161 000	2	1 161 000
Matériel méd	1 177 087	2,7	1 558 300	3	1 660 000	3	1 508 000	3	1 883 247
Entre Infrs	800 000	1,8	800 000	2	800 000	2	800 000	1	1 161 435
Autres Dép	2 039 200	4,7	2 014 200	4	1 921 000	4	1 949 000	4	2 326 877
Œuvres S	460 000	1,1	523 000	1	523 000	1	609 000	1	705 000
Rech Médicale	30 000	0,1	20 000	0,04	20 000	0,04	20 000	0,04	20 000
TOTAL	43 280 787	100	47 149 000	100	49 626 880	100	53 650 880	100	54 809 885

المصدر: مديرية الميزانية بوزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات

و قد أنتج نقص الموارد الذي يعاني منه قطاع الصحة مديونية داخلية للهيكل الصحية مرفوعة بالمشاكل الناتجة عن توزيع الموارد المتوفرة حسب الهياكل الصحية و النتائج الملموسة. و في الأخير يمكن القول بان عدم استعمال مؤشرات تسمح بتقييم نجاعة و فعالية النشاطات و الهياكل، و كذا عدم توافق هاته الأخيرة و تلائمها مع التحولات الإقتصادية المستجدة يعتبر تفسيراً جزئياً للمشاكل و العراقيل المشهودة بخصوص التسيير في القطاع.

الفقرة الثانية: إختلالات التسيير المالي.

إن النقائص المرتبطة بالتسيير المالي في القطاع الصحي يعود أساسا لسببين جوهريين:
الفرع الأول: الاستقلالية المالية المقيدة بمبادئ قانون المالية إلى جانب التدخلات المختلفة للسلطة

الوصية

إن ميزانية المؤسسات الصحية يمكن أن تعرف على أنها عمل تقديري مجسد من خلال جدول تقييمي لعمليات مستقبلية يسمح من خلاله للأمر بالصرف بالإففاق في حدود تقديرات الميزانية.

و من المعلوم أن قانون المالية يقوم على أساس مبادئ رئيسية تتمثل في كل من:

- مبدأ السنوية.
- مبدأ الوحدة.
- مبدأ الشمولية.
- مبدأ تخصيص الإعتمادات.
- مبدأ التوازن.

و رغم أن هاته المبادئ قد أقيمت لهدف جوهرى يتمثل في مراقبة النشاطات المالية للمؤسسات من طرف مجلس الإدارة خلال مختلف المراحل التي يمر بها قانون المالية، إلا أنها أصبحت حاليا تعتبر عائقا تقنيا يعرقل السير الأمتل للمؤسسات الصحية، و كذا تنفيذها لمهامها التي تنصب في الحفاظ على صحة السكان و حمايتهم من جهة، كما تحد أكثر فأكثر من الاستقلالية المالية لهاته المؤسسات من جهة أخرى، و يمكن توضيح ذلك من خلال التطرق لأمتلة عن هاته المبادئ و توضيح آثارها السلبية على مدى الاستقلالية المالية.

مبدأ الوحدة:

إن هذا المبدأ يعتبر ذو طبيعة تحد من مبادرات المسيرين، لاعتباره لا يسمح بمعرفة دقيقة لحجم الموارد و النفقات الحقيقية لمراكز القرارات، و من ثم فهو يتباعد كل البعد عن إمكانية تحديد سعر تكلفة مريض أو يوم استشفائي، و كذا التكلفة الدقيقة للخدمات المقدمة.

مبدأ الشمولية:

بناء على هذا المبدأ فإن مجمل الإعتمادات توجه نحو مجمل النفقات الواردة في الميزانية، و ما يعاب على هذا المبدأ أيضا أنه يمثل تقيدا آخر يضاف إلى الذي سبق ذكره الشيء الذي يعتبر وجها للنفائص التي تشهدها المؤسسات الصحية.

مبدأ تخصيص الإعتمادات:

يعتبر هذا المبدأ ذو تأثير كبير على هيكل و مضمون الميزانية و المتعلقة أساسا بالنفقات، هاته الأخيرة ليست مبنية و إنما مفصلة وفقا لكل فرع من الموارد المالية ومن ثم فإن تخصيص جانب من هاته الأخيرة لنفقة معينة لا يمكن تحويله لغير ذلك، مما يعتبر قيدا إضافيا للتسيير الأمثل للمؤسسات الصحية.

الفرع الثاني: نقائص النظام المحاسبي

إن كل من المحاسبة الإدارية و محاسبة المواد تعتبران تقنيتين أساسيتين للتسيير، إلا أنهما غير كافيتين، حيث أصبحت لا تتجاوب و متطلبات الوضعية الاقتصادية المستجدة، و كذا اهتمامات المسيرين داخل هاته الهياكل التي تتطلب فعالية أكثر من تلك المحققة من هاتين الأدوات من خلال بحثها عن التدقيق و التعمق المحاسبي لأجل التوصل إلى تقدير التكاليف الصحية، و انطلاقا من ذلك تجلت عدم فعالية النظام المحاسبي، الشيء الذي أوجب استحداث تغييرات جذرية و توجهات جديدة نحو المحاسبة التحليلية في محاولة للتوصل لأهداف محددة مبنية أساسا على تدعيم و تسهيل التسيير بصفة عامة.

الفقرة الثالثة: عدم الخضوع لمعيار الجدوى الاقتصادية

إن الدولة الجزائرية، خاصة بعد وضع مبدأ المجانية حيز النفاذ عملت على تخصيص مبالغ مالية هامة للقيام بميدان الصحة، الأمر الذي جعل هذا القطاع يعتمد على تمويل عمومي شامل لجميع نواحيه من دواء، يد عاملة، أسرة في المستشفيات... الخ.

كما تجدر الإشارة إلى أن هذه المبالغ لم تتوقف عن الزيادة، إلى أن ذلك لم يتم متابعته بمراقبة ملائمة تعمل على صيانة وضمن إستغلال عقلائي لهذه الموارد.

فهذه الزيادة المبالغ فيها على مستوى ميزانية تسيير الصحة مرت من 194 مليون دج عام 1963 إلى 13 مليار دج عام 1988،¹ و الملاحظ أنه لا يمكن تبرير هذه الزيادة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة إنما مسألة مجانية العلاج هي السبب الرئيسي.

فمثلا القطاعات الصحية منح لها إعتماد قدره 79.63 % من إجمالي إعتماد قطاع الصحة، أما المؤسسات الصحية الجامعية فمنح لها إعتماد بنسبة 46.30 %، و أخيرا المؤسسات المتخصصة منح لها

¹ مصطفى خياطي، مقال بعنوان: مستقبل المستشفى، مجلة إدارة، العدد رقم 1، سنة 1992.

الجدول رقم 19

تقسيم الميزانية على أساس عناوين النفقات

النسبة	طبيعة القروض
75'3%	المستخدمين
03.72%	التكوين
02.68%	التغذية
10.02%	الدواء
0.94%	الوقاية
1.46%	العتاد الطبي
1.03%	وقاية اله\ياكل و العتاد
04.74%	نفقات أخرى
0.11%	نفقات البحث العلمي

المصدر: مديرية الميزانية بوزارة الضحة و السكان

وعليه من خلال الجدول يمكننا أن نلاحظ الفرق الكبير بين مختلف عناوين الإنفاق، فنلاحظ بأن نفقات المستخدمين هي التي تحتل الصدارة وهي تعد مشكلا حقيقيا حيث أن المؤسسات الصحية تدفع الأجور لأشخاص موجودين فعليا في المؤسسات ولكن لا يعملون **Sur effectif**.

في حين أن النفقات الخاصة لتكوين العمال، إعادة الرسكلة، وكذا نفقات البحث العلمي بغرض الزيادة في المردودية وتوعية العمال تعد ضعيفة، نفس الشيء يقال عن النفقات الأخرى التي لاتقل أهمية (العناية بالعتاد الطبي وشرائه مثلا¹ تشير كذلك من خلال الأرقام السابقة الذكر فبما يخض نفقات مختلف المؤسسات الصحية، بأن القطاعات الصحية هي التي تستحوذ على الحصة الكبرى بالنسبة لباقي المؤسسات الصحية في إطار ميزانية الدولة المخصصة لنشاط الصحة، ذلك أخذ بعين الاعتبار الحاجات الإجتماعية للأفراد للوصول إلى النسب الخاصة بعدد الأطباء حسب السكان، أو عدد الأسرة حسب السكان، دون تحسن للتكاليف الناجمة عن تسيير كل ذلك وهنا يبدو معيار الجدوى الاقتصادية غير محترم.

ما يمكن قوله أن نظام صحي دون أهداف تعادل القروض الممنوحة، حتى أنه لا يوجد إجراءات تسيير تبحث أو تعمل على الاقتصاد في الوسائل بغرض الوصول لأهداف محددة، وأبسط مثال هو الاتساع الكبير في النسيج العمراني للصحة العمومية وما يحتاجه كوسائل للتسيير، فيما يلي سنتطرق لبعض أوجه النفقات أو عناوين الميزانية:

1 - بار جميلة، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير معهد العلوم الاقتصادية (1993، 1994)، ص 68-69.

• نفقات المستخدمين:

إن النشاط الصحي يعد من المجالات التي تضم عدد كبير من المستخدمين نظرا لكونه يرتكز عليهم بتقديم خدمات للأفراد بمختلف أنواع و فئات هؤلاء المستخدمين ونوعية العلاج المقدم. كما أن التطور التقني لهذا القطاع يزيد تكاليفه عكس القطاعات الأخرى، ذلك نظرا لتخصص المتزايد للعاملين به.

إضافة إلى ما سبق فإن عددهم إستمر في الإرتفاع مما زاد في حدة النفقات الصحية، خاصة بعد التعديلات التي حدثت في مستوى أجور عمال القطاع، بالخصوص الطبيين منهم في سنة 1991¹ ما نشير إليه هو أن توظيف مستخدمي صحة حدث وما يزال يحدث بصفة عشوائية، فمثلا نجد في قاعة علاج واحدة طبيين، وعلى جراحة الأسنان عدة جراحي أسنان، نظرا لكثرتهم ولإيجاد صيغة لتشغيلهم، فقد تم تنظيم العمل على أساس الإشتغال نصف يوم أي أربعة ساعات في اليوم، فكيف يمكن التحدث في مثل هذه الظروف عن الاقتصاد في الأموال و الوسائل و بالتالي في النفقات.

• كنظرة شاملة عن زيادة لمستخدمين الطبيين في دول المغرب العربي نلاحظ بأنه:

فيما يخص المغرب، عدد الأطباء إرتفع من 1000 سنة 1971 إلى 5000 سنة 1989، لكن في الجزائر فقد زاد العدد بشدة من حوالي 342 طبيب عام 1962 إلى حوالي 14775 طبيب عام 1990. في الأخير يمكن القول بأن الإختلال يبدو واضحا في تقسيم القروض بين عناوين الميزانية، حيث هناك عناوين أخرى أكثر أهمية لم تحضى بالحجم الكافي من التغطية، فيمكن القول بأن نفقات المستخدمين أصبحت نفقة ثابتة و إجبارية تقريبا تتميز بضخامة حجمها.

• نفقات التكوين

مما لا شك فيه أن تكوين المستخدمين الطبيين، و شبه الطبيين و الإداريين يعتبر الحل للعديد من مشاكل القطاع الصحي، حيث أنه لا يتسنى لنا تطبيق سياسة صحية وطنية، تحقق الإحتياجات الضرورية للأفراد إلا في حالة إستحواذنا على إطرار و مستخدمي الصحة المؤهلين و بالكمية الكافية، الجدول التالي يبين تطور هذه النفقات² و هو تطور متزايد لكن بنسبة بسيطة

الجدول رقم 19

1 - المراسيم التنفيذية من 106/91 إلى المرسوم التنفيذي 113/91 ، المؤرخة في 27 في أبريل 1991، بالإضافة إلى المرسوم التنفيذي رقم 130/91 المؤرخ في 11 ماي 1991، الجريدة الرسمية لعام 1991 عدد 22.

2 - رحمانى أحمد، مقال بعنوان: Quelle politique de formation pour la fonction publique مجلة إدارة، عدد رقم 1 سنة 1996، ص 29.

تطور نفقات التكوين

2004	1994 ¹	1992	1990	1988	
2.369.218.000	900.000	881.900	729.000	729.000	نفقات التكوين
95.775.085.000	19.434.882.000	25.006.000	13.077.810	11.441.000	ميزانية الدولة للقطاع الصحي

المصدر: احصائيات صحية، تقرير وزارة الصحة والسكان لسنة 2004

و كذلك فإنه بالنسبة لعام 1997، ففيما يخص التكوين تم منح قرض قدره 1.242.057.814 دج و قد تم إستهلاكه بنسبة 87% مقابل منح قرض بالنسبة لنفقات المستخدمين قدره 29.202.634.519 دج و الذي تم إستهلاكه بنسبة 99% أي كاملا تقريبا، بينما إعتقاد التكوين فلم يستهلك كاملا، رغم أهميته و رغم صغر حجم اعتماده مقارنة بنفقات المستخدمين.

• نفقات الدواء

إن قسم الأدوية يشكل منصبا هاما في النفقات الصحية لكونه يشكل تدفقا كبيرا على مستوى الصادرات و الواردات على المستوى الوطني، فالجزائر و رغم دخلها المتوسط إلا أنها تعد من بين المستهلكين الكبار للمواد الصيدلانية ذات الإستراد الواسع.

لعل السبب في زيادة إستهلاك الدواء راجع إلى إرتفاع عدد المستخدمين الطبيين الذين يعتبرون الأمرون بالنفقة، فالزيادة راجعة لتوسع شبكات توزيع العلاج و الدواء.² في الواقع فإن زيادة النفقات في هذا المجال تعود إلى التقطع في التمويل، و إلى سوء توزيع أو سوء تسيير مخازن المواد الصيدلانية، يظهر غالبا على شكل فائض أو نقص في التخزين و منه نجد الندرة أو الوفرة المفتعلة.

إضافة إلى ما سبق فهناك الخسائر الناجمة عن انتهاء صلاحية الأدوية، هذا يجعل التكاليف الحقيقية جد مرتفعة أكثر مما تظهر عليه في التسجيل المحاسبي، كما نذكر إنخفاض سعر المواد الصيدلانية المستوردة و ذلك على مستوى الإستهلاك نظرا لدعم الأسعار.

ما يمكن قوله عن الوضعية الحالية للدواء أنها ترجع غالبا لنقص الهياكل الإنتاجية، و كذا نقص في الهياكل التخزينية، كما أن إرتفاع نفقات الدواء يرجع كذلك إلى:

- غياب المحضرين المختصين في أغلب الوكالات، و غياب البرمجة و التخطيط في المشتريات، و تكوين المخازن مما يسبب الندرة الملاحظة.

¹ رحمانى أحمد، المقال السابق، ص 29.

² اوفريحة فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 208.

على كل فإن تطور النفقات المخصصة للدواء كان سريع، حيث إرتفع من 285 مليون دينار جزائري عام 1973 إلى 120 مليون دينار جزائري عام 1988، فهي زيادة بأكثر من أربع مرات القيمة الأولى في خلال عشرية واحدة، رغم صعوبة الدفع الخارجي و نقص الأموال، فلقد قفز هذا العدد إلى 2300 مليون دينار جزائري سنة 1990¹، ووصل إلى 16.876.274.000 سنة 2004.

إضافة إلى الأسباب السابقة لزيادة نفقات الدواء، يمكن القول بأن العرض الكلي للدواء من مصدر خارجي يخضع لظروف السوق الخارجية، و هذا العرض ارتفع حجمه و قيمته ذلك بغرض الاستجابة للطلب العام الناتج عن الطابع الاجتماعي للعلاج و منه للحصول على الأدوية.
من هذا كله ينتج:

- الزيادة الضخمة في الطلب على الأدوية نظرا للطابع الاجتماعي للعرض دون المراقبة، حيث أنه لا المريض و لا الطبيب يدفعون الفاتورة.

- الدواء يستورد بالعملة الصعبة النادرة و الإستراتيجية للبحث الاقتصادي، ويعرض دون تخطيط، و تكشف دون إجراءات قانونية، و منه التبذير العام في كل المستويات، فمشكل الدواء يبقى مطروحا في الجزائر من ناحية توفره العام، رغم الواردات ذات الحجم الكبير حيث أن حوالي 90% من الاحتياجات مغطاة عن طريق الإستيراد، خاصة من فرنسا، مما يمكن أن يشكل عامل ضغط و ابتزاز سياسي.

رغم القروض التي تمنح سنويا لعنوان الدواء في ميزانية قطاع الصحة، إلا أن وفرته منعدمة، ذلك راجع للتبذير الهام و أيضا للتسيير الذي يحدث على مستوى المواد الصيدلانية داخل القطاع الصحي نفسه، مثلا ميزانية قطاع الصحة لعام 2004 خصصت لعنوان الدواء مبلغ 74.03.111.000 دج تم إستهلاكه بنسبة 98% أي بالتقريب تم استهلاك المبلغ بأكمله.

قد تم منح المؤسسات الإستشفائية الجامعية مبلغ قدره 6.223.456.000 دج و أستهلك بنسبة 99% و كذلك نفس النسبة استهلكت بالنسبة للإعتماد الممنوح للمؤسسات الإستشفائية المتخصصة و المقدر بـ 3249.707.000 دج ، علما بأن إعتمادات الدواء تمثل نسبة 16% من إجمالي الإعتمادات الموجهة لقطاع الصحة ككل.

• نفقات الأجهزة الطبية: (شراؤها و صيانتها)

رغم جهود الاستثمار التي بذلت في هذا المجال، فإن المصالح الصحية تشتكي في نقص الأجهزة الطبية، و غالبا من قدم تلك الأجهزة و من تعطلها.

إن الميزانية المخصصة لهذه الفئة من النفقات في السنوات الأخيرة بقيت تقريبا ثابتة، حيث مثلت عام 1988 حوالي 341.775.000 دج و حوالي 358.325.000 دج عام 1989، و إرتفع نسبيا عام

¹ اوفريحة فاطمة الزهراء، المرجع السابق، ص 305.

1992 ووصل إلى حوالي 400.000.000 دج، في حين في السنوات السابقة كانت نفقات الأجهزة الطبية تميل نحو الارتفاع فقد عرف التزويد بالعتاد الطبي و العلمي سنتي 1975 و 1979 زيادة تقدر بـ 25% حيث مرت من 36 الى 45 مليون دج وكذا من سنة 1979 الى 1982 الزيادة كانت من 50 مليون الى 150 مليون دج في عام 1980 ثم 600 مليون دج عام 1981¹

هذه العمليات تمت بالعملة الصعبة أمام غياب مصالح ما بعد البيع على مستوى الموردين الأجانب، فأصبح الحصول على المردودية المثلى الشيء الصعب المنال، أما سنة 2004 فإن الإعتماد الممنوح كان بقيمة 46.55.297.000 وتم استهلاكه بنسبة 98.22%، سنة 2004.

كما أن المديونية الخارجية للجزائر حتمت عليها سياسة التقشف، حيث مس هذا التقشف بكل مجالاته و مكوناته بما أن مجال العتاد الطبي متأثر ويؤثر في مجال الصحة، فإنه خضع هو الآخر لسياسة التقشف.

عصر الإستيراد الكمي النوعي قد ولى، إلى جانب هذا فإنه هناك خسارة مالية ضخمة جراء النفقات المترابدة على قطع الغيار وعلى المساعدة في مجالي التكوين والصيانة. إن ميزانية تصليح و تعطل هذا العتاد تساوي 10 % من سعره، أي انه عشرة تعطلات في السنة تكفي لتوفير مبلغ شراء عتاد جديد.

إضافة لما سبق فإن تزايد نفقات الأجهزة الطبية يرجع كذلك إلى: عدم معرفة المشاكل التقنية للأجهزة الطبية من طرف المصالح التجارية مما أدى إلى الحصول على أجهزة غير متلائمة مع الاحتياجات، أو مع الهياكل القاعدية الكائنة. خدمات ما بعد البيع و صيانتها غير متوفرة فالأجهزة الجديدة الثمينة تخرج من دائرة الاستعمال لمجرد عطل بسيط.

و كذلك فإنه من الملاحظ أن هناك سوء أو غياب تخطيط يظهر غالبا في: توزيع عشوائي للأجهزة الطبية، فهناك قطاعات صحية تملك آلات جد متطورة غير مستعملة نظرا لنقص المستخدمين المؤهلين، في حين هناك قطاعات لا تجد تلك التجهيزات رغم وجود الإطارات القادرة على تشغيلها.

كما أن بعض الأجهزة تعتبر نسبة تشغيلها ضئيلة جدا، فهي بعيدة عن حدود مردوديتها.

• نفقات أخرى:

¹ بار جميلة، الرسالة السابقة، ص 88.

نشير هنا إلى نفقات الوقاية وحماية المحيط، فرغم الجهود المبذولة من طرف الدولة في مجال الصحة إلا أن هذه النفقات لاتغطي سوى نفقات الحصول على التلقيحات، المياه المغذية **Sérum** وما إلى ذلك.

إضافة إلى ذلك فإن نفقات التغذية المخصصة للمرضى، ميزانيتها ضخمة غير أن أغلبيتها تبذر، ذلك راجع لكون أن أغلبية الطباقين غير مختصين بل ينتمون لفئة العمال المهنيين.

ما يمكن قوله هو أن العناوين السابقة الذكر هي عناوين تدخل ضمن ميزانية الدولة، إذ أنه بعد إقرار مسألة مجانية العلاج، أصبحت مداخيل القطاع الصحي لا تتوقف على حساب السعر الرجعي **Prix de revient** للأيام الإستشفائية، ذلك من طريق العمل على فوترة الأيام الإستشفائية، وحساب عدد الفحوصات الطبية اللازمة، بل إن ميزانية المستشفيات تمول جزافيا وسنوياً في شكل ميزانيات عامة للتسيير مقسمة الى عناوين وتوضع سنوياً في إطار الإعتماد الممنوح ضمن قانون المالية لقطاع الصحة،¹ لذلك نعود ونؤكد ماسبق قوله في البداية بأنه في هذه الحالة أصبح مسيري الهياكل الصحية مجرد منفقين، دون أن يهتم بالخدمة التي يجب أن تنفق لأجلها هذه الأموال أو بالنتائج الواجب الوصول إليها.

في الأخير، فإن القول بأن التقديرات الاقتصادية توجب إنجاز أكبر إقتصاد ممكن، قول غير صحيح حيث أن الهدف منها هو الحصول على أكبر فائدة من الموارد المتاحة، وعليه فإن الهدف من هذه التقديرات هو الاستعمال الجيد من الميزانية وليس تحقيق اقتصاد على مستوى الميزانية، ذلك بالعمل على إيجاد علاقة بين النفقات و النتائج المحصلة.

هذا في حد ذاته يعتبر خطوة كبيرة في إطار احترام معيار الجدوى الاقتصادية، و الذي نقصد به الحصول على أكبر قدر من النتائج الإيجابية في إطار نفقة معينة، وأن لا تكون هذه الأموال صرفت بدون جدوى أو فائدة.

في نفس هذا الإطار نلاحظ بأن تنفيذ الميزانية في فرنسا مرت بمرحلة معينة، أين تعلم فيها المستشفى ألا ينفق حسب حاجاته أو إيراداته إنما على حسب الإعتمادات الممنوحة له، حيث أنه بين عقد النفقة و الدفع تمر فترة زمنية معينة تحتاجها الحزينة أحيانا حتى يمكن السماح بالدفع، مثلا لعدم دخول الأموال حتى 31 مارس من السنة، و بالتالي في بعض الأحيان يجد المستشفى نفسه مجبرا على الإقتراض للدفع ومنه يجعل ميزانية الدولة للقطاع الصحي و بالتالي ميزانيته منهكة بفوائد القروض إستعملها مسبقا،² إضافة إلى أن المستشفى لم يكن له إمكانية تحديد الإعتمادات التي تلزمه وذلك لامن

¹ بويوسف زهير عصام الدين، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، رسالة ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية، 1994/1993، ص 106.

² زيدات سناء إدارة ومالية المؤسسات الإستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، 2002/2001، ص 115.

حيث تحديد النسبة السنوية للسعر اليومي للعلاج، ولا من حيث الإفراض، ووزارة الصحة كانت تقوم على رقابة كل ذلك.

لذلك فإن الدولة وجدت نفسها مجبرة على أن تحد خاصة من التسبيقات التي كان الضمان الاجتماعي يعمل على منحها للمستشفيات كلما اقتضت الحاجة لذلك.

وضعت في إطار التحكم في الميزانية ومراقبتها إلى وضع ميزانية إجمالية عن طريق مرسوم 11 أوت 1983 الذي وصف حسابات هذه المؤسسات الإستشفائية تجاه الضمان الاجتماعي (المادة 58)، بدأت هذه المؤسسات تحصل على مبلغ معين شهريا من صندوق الضمان الاجتماعي ويقدر هذا المبلغ بـ 12/1 من الاعتماد الإجمالي السنوي، يدفع لها كل شهر، وهكذا دواليك حتى يتم دفع الاعتماد المخصص لها نهاية السنة.

بهذه الطريقة تم إجبار المستشفيات على مراقبة نفقاتها عن قرب، وأن لا تقوم بعقد النفقة قبل أن تكون قد تحصلت على الإعتماد الشهري الذي يمكنها من الدفع وإلى ستقع في مشكل الفوائد، مما سيجبرها على النقش في إنفاق الإعتمادات المالية، لأنها لن تحصل على أكثر من 12 إعتماد شهري بحدود سنويا، لذلك فعليها أن تتعلم الإنفاق بحذر وأن تدخر لأيام الحاجة.

بطبيعة الحال هذه الطريقة ستعمل المستشفيات على الإبقاء فقط على المستخدمين اللزيمين، و إلا فإن ذلك سيحسب كنفقة تتحملها بدون فائدة.

ويمكن هنا التساؤل عن مكانة الاستقلالية المالية لهذه المؤسسات، فنقول بأن الإستقلالية ليست هدفا في حد ذاتها، إنما هي وسيلة للوصول إلى النتائج المثلى المرجوة، وكذا الإنفاق في حدود إقتصادية معقولة وهو الشيء الممكن تحقيقه وفق الإعتمادات الشهرية

في الأخير يمكن القول بأن إرتفاع نفقات الصحة العمومية بدون ملاحظة تحسين نوعية الخدمة بالموازاة، ربما يرجع لأسباب إقتصادية و بيولوجية أكثر شيء من الطبيعي أن نطالب الطبقات الشابة بالزيادة في نسبة الإعتمادات الممنوحة لقاع الصحة ذلك لأن الإنسان دوما يطلب الأحسن، الأرقى والأكثر تطورا مما حصل عليه سابقا.

كما أنه لا يمكن إغفال بأن مفهوم الصحة نفسه تطور و إتسع عن مجرد الحق في العلاج ليصل إلى الحق في صحة جيدة سواء على المستوى البدني، العقلي وحتى الاجتماعي وهو إنساع مبالغ فيه نوعا ما بالرغم من علمنا بتأثير الكبير الصحة الجسدية و العقلية للشخص.

وفي مايلي جدول تفصيلي لنفقات الميزانية حسب كل عنوان لسنة 2004:

الجدول رقم: 21
نفقات الميزانية حسب العناوين

الوحدة: 10³ دج

نسبة الإستهلاك	المتبقي	الإستهلاك	الإعتماد الممنوح	المؤسسة	طبيعة النفقات
% 98,22	28555	1574850	1603403	ق.ص	الأجهزة الطبية
% 99,46	5255	958976	964231	م.إ.م	
% 97,65	49033	2038628	2087661	م.إ.ج	
% 98,22	82843	4572454	4655297	المجموع	
% 99,08	14309	1532634	1546943	ق.ص	صيانة الهياكل الصحية
% 98,83	3827	322762	326589	م.إ.م	
% 99,35	4384	669279	673663	م.إ.ج	المجموع
% 99,12	22520	2524675	2547195	المجموع	
% 99,02	31420	3171825	3203245	ق.ص	نفقات أخرى
% 98,92	6713	613018	619731	م.إ.م	
% 99,84	2136	1311953	1314089	م.إ.ج	
% 99,22	40269	5096796	5137065	المجموع	
% 100,00	-	799700	799700	ق.ص	الخدمات الإجتماعية
% 100,00	-	77700	77700	م.إ.م	
% 100,00	-	159600	159600	م.إ.ج	
% 100,00	-	1037000	1037000	المجموع	
% 98,20	160	8750	8910	ق.ص	نفقات البحث العلمي
% 90,57	4730	4542	5015	م.إ.م	
% 69,60	6654	15235	21889	م.إ.ج	
% 79,65	7287	285270	35814	المجموع	
% 99,21	757585	95017500	95775085		المجموع العام

نسبة الإستهلاك	المتبقي	الإستهلاك	الإعتماد الممنوح	المؤسسة	طبيعة النفقات
% 99,36	289160	44944347	45233507	ق.ص	نفقات المستخدمين
% 99,23	29926	3859760	3889686	م.إ.م	
% 99,64	35473	9860777	9896250	م.إ.ج	
% 99,40	354559	58664884	59019443	المجموع	
% 97,40	8402	314802	323204	ق.ص	نفقات التكوين
% 98,79	4593	374795	379388	م.إ.م	
% 99,92	1379	1679621	1681000	م.إ.ج	
% 99,40	14374	2369218	2383592	المجموع	
% 99,17	8213	982373	99586	ق.ص	نفقات التغذية
% 99,37	1803	286525	288328	م.إ.م	
% 98,36	8646	519774	528420	م.إ.ج	
% 98,97	18662	1788672	1807334	المجموع	
% 98,52	109228	7293883	7403111	ق.ص	الأدوية
% 98,29	55539	3194168	3249707	م.إ.م	
% 99,83	10536	6212920	6223456	م.إ.ج	
% 98,96	175303	16700971	16876274	المجموع	
% 98,17	3715	1990787	2027944	ق.ص	الوقاية
% 96,18	1632	41092	42724	م.إ.م	
% 98,55	2979	202424	205403	م.إ.ج	
% 98,16	41768	2234303	2276071	المجموع	

المصدر: احصائيات صحية، تقرير وزارة الصحة والسكان لسنة 2004

خاتمة الفصل

منذ مجئ الطب المجاني، وضعت كل الوسائل المالية من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي و تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة.

غير أن المنظومة الحالية للتمويل أثبتت محدوديتها، و أصبح من الضروري إيجاد نوع من التوافق بين احتياجات الأنشطة الصحية ووسائل التمويل، فلا بد من إدخال آليات العقلنة في أقرب الآجال.

ثم إن ظاهرة النمو الديمغرافي و الحرص على رفع نوعية العلاج في الهياكل الصحية، يتطلب موارد تمويل ضخمة، و لهذا لا بد من التفكير في إيجاد مصادر أخرى، إنطلاقاً من أن الدولة لا يمكن أن تستمر في التمويل دون تحقيق نتائج و أهداف.

كما أن صندوق الضمان الإجتماعي يعاني من عجز مالي نتيجة لتقلص وعاء الإشتراكات و الذي مرده إلى زيادة معدلات البطالة التي تمس شرائح كبيرة من المجتمع.

مقدمة الفصل:

يعتبر إصلاح المنظومة الوطنية للصحة من الأولويات المطلقة في برامج الحكومات منذ التسعينات، وكان من المفروض أن يعرف قطاع الصحة إصلاحا على غرار باقي القطاعات لكن تأخر لأسباب عديدة منها عدم وجود رؤية واضحة للإصلاح، ففي 1992 عملت الحكومة على إعداد الأيام الوطنية للصحة وجندت الخبراء والمختصين والمهنيين من أجل إعداد خطة لإصلاح المنظومة الوطنية للصحة، وخرجت هذه الأيام بتوصيات لكنها ماتت بمجرد خروجها.

ولعل تجارب الدول في العالم في مجال الإصلاح ولا سيما الدول الشيوعية التي تعتبر من التجارب الرائدة في هذا المجال فأمام الارتفاع المذهل لتكاليف الصحة وارتفاع عدد الأشخاص غير المؤمنين صحيا بسبب الفقر والبطالة والخوف من الأمراض الفتاكة، فالعالم ينفق حوالي 12 % من الدخل العالمي على الصحة.

لذا فالخدمة العمومية الخاصة بالصحة يجب أن تشمل جهود الدولة لضمان الحق في الخدمات الصحية وتمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج الوقائي والاستشفائي الجوهري، وبالمقابل إصلاح المنظومة الصحية من أجل تحسين الأداء فيها .

المبحث الأول: تقديم مشروع إصلاح المنظومة الوطنية للصحة.

المطلب الأول: دوافع الإصلاح الاستشفائي

إن دوافع الإصلاح الاستشفائي تتمثل أساسا في الواقع الوطني والعالمي وما تفرضه مختلف المتطلبات الصحية التي لها علاقة بالتغير الديموغرافي والوبائي وبالتقدم العلمي المذهل المحقق اليوم في ميدان الطب.

الفقرة الأولى: تطور الوضع الوطني

اشتدت مطالبة السكان بحماية صحية أكبر وتحسين ملموس في الخدمات الطبية خصوصا في ظل استنادها للدستور الذي يكفل حق الأسرة في هذه الحماية،¹ ولاسيما فيما يخص ظروف معيشة المواطنين الذين لا يستطيعون العمل بعد أو لم يعودوا قادرين عليه والذين أصبحوا عاجزين تماما عن القيام به.²

إن هذا التركيز للحق في الصحة كحق اجتماعي ثم كحق من حقوق الإنسان نجم عن مبدأ المساواة في الاستفادة من العلاج والخدمات الصحية بالنسبة لجميع المواطنين، غير أن هذا المبدأ طرح مسألة التوازنات الضرورية بين:

- تخصيص الموارد وتلبية الحاجيات.
 - تحديد الأولويات والمساواة في الاستفادة من العلاج.
 - الخدمة العمومية والفعالية.
- كما تميز الوضع الوطني بتدخل القطاع الخاص في الصحة، هذا التدخل الذي شهد توسعا كبيرا منذ النفتح الاقتصادي خلال العشرية الأخيرة.
- وبالرغم من الضغوطات التي عرفتھا الخدمة الصحية في القطاع العمومي فإنها تمكنت من تحقيق تقدم ملموس في المجالات التالية:
- المنشآت القاعدية والتجهيزات.
 - التكوين ووفرة المستخدمين.
 - توسيع الاستفادة من الخدمات الصحية الأساسية مما جعل المواطنين يتبنون برامج النشاط الصحي والتي تمت مباشرتها.

¹ المادة 58 من الدستور.

² المادة 59 من الدستور.

إن هذه الجهود الإيجابية بالإضافة إلى تلك التي بذلتها قطاعات أخرى مثل التربية، الشغل، السكن، ساهمت كلها في تحسين المؤشرات العامة لصحة السكان، في الوقت نفسه أفرز هذا التقدم أعباء جديدة صارت على عاتق الدولة وتحتاج إلى موارد إضافية، ولكي تتحسن الإمكانيات المادية الصحية ينبغي من جهة تدعيم الخدمة الصحية العمومية بتسهيل توسيع الاستفادة منها وتحسين فعاليتها. ومن جهة أخرى استغلال قدرات القطاع الخاص والعلاج الذي يقدم استغلالاً أفضل لكي يتسنى التكفل بالمواطنين في أحسن الظروف.

الفقرة الثانية: التغيير الديموغرافي والوبائي

تميزت الوضعية الديمغرافية بما يلي:

- انخفاض في معدل النمو الديمغرافي الذي انتقل من 2.5 % إلى 1.5 % في السنة.
- انخفاض في عدد الولادات.
- تراجع سن الزواج.
- ارتفاع عدد السكان الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة.

إن هذه الوضعية تستوجب إعادة تنظيم المنشآت الصحية بما يتماشى والمتطلبات الجديدة في مجال العلاج، لا سيما من خلال إعداد وتطوير برامج صحية جديدة ذات جودة. أما الوضع الوبائي فإنه تميز بظهور أمراض غير معدية ترتبت بوجه الخصوص عن التصنيع والتعمير الفوضوي وتغير سلوك المواطنين، كما سجل أيضاً استمرار بعض الأمراض المعدية، فكل هذه العوامل أفرزت حاجيات صحية جديدة تتطلب اليوم إعادة النظر في المنظومة الصحية بهدف الحفاظ على نشاطاتها وتطويرها بما يتماشى والتحديات الجديدة.

كما تفرض الوضعية الصحية الراهنة تعديل البرامج الصحية بهدف الوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية بل لا بد من إعادة المفاهيم المرتبطة بها، فالمعطيات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية تشير إلى أنه ستتصاعد الحاجة إلى المنظومة الصحية في السنوات القادمة مستلزماً نجاعة أكبر في التنظيم.

إن تدهور البيئة بسبب نقص النظافة وتقهقر ظروف المعيشة وسوء تصرف المواطنين لاسيما الحضر منهم، كلها عوامل أثرت سلباً على الصحة.

كما إن المتطلبات المتعلقة بارتفاع الحاجيات الصحية تستلزم في المرحلة الحالية تحسين الخدمات الصحية من خلال تثمين الموارد البشرية وعقلنة الإمكانيات المادية وكذا تكييف الإطار التنظيمي.

المطلب الثاني: مفهوم الإصلاح الاستشفائي

إن مفهوم الإصلاح الاستشفائي يقتضي تعريف الإصلاح وكذا معرفة مختلف الأهداف المرجوة من خلاله.

الفقرة الأولى: تعريف الإصلاح

ظهرت فكرة الإصلاح منذ عام 1663 ويعرف قاموس أكسفورد الإصلاح "تعديل أو تبديل نحو الأفضل في حالة الأشياء ذات النقائص، وخاصة في المؤسسات والممارسات السياسية الفاسدة أو الجائرة؛ إزالة بعض التعسف أو الخطأ"، الإصلاح يوازي فكرة التقدم، وينطوي جوهرياً على فكرة التغيير نحو الأفضل، وخاصة التغيير الأكثر ملائمة من أجل تحقيق الأهداف الموضوعية من قبل أصحاب القرار في حقل معين من حقول النشاط الإنساني. يمكن التمييز بين ثلاثة مستويات للإصلاح:

المستوى الأول: الإصلاح بوصفه استراتيجية للوصول إلى السلطة أو المشاركة فيها، وهي الاستراتيجية التي تقابل ما يعرف باستراتيجية الثورة، أو الاتجاه الثوري في التغيير. وتعتمد الإصلاحية منهج بناء القوة من أسفل بصورة تدرجية وتراكمية وسلمية، أو بسط الهيمنة الأيديولوجية على المجتمع المدني ومكوناته، إلى أن تتمكن من الاستحواذ والسيطرة السياسية على المجتمع السياسي، فيما يسمى بحرب المواقع.

المستوى الثاني: الإصلاح بوصفه عملية تطوير مجتمعي مستمرة تتعلق بتحسين أداء الأنظمة والمؤسسات الاجتماعية من حيث الكفاءة والفعالية، وهو ما نطلق عليه الإصلاح السياسي أو القانوني أو المالي أو الإداري أو الاقتصادي، وغير ذلك.

المستوى الثالث: الإصلاح الفردي، وأبعاده القيمية والأخلاقية والنفسية والمعرفية والإدراكية والسلوكية، وكل ما يتعلق بتقويم النفس وتهذيبها، وبناء القدرة الفردية على الحكم والتمييز بين ما هو قبيح وما هو جميل، وتعزيز الثقة في الذات والقدرة على نقدها، امتلاك المعرفة والمهارات العملية النافعة، والقدرة على تمثيل الذات والآخرين والدخول معهم في علاقات تفاعل وتطوير هوية مشتركة.

ويعرف الإصلاح الاستشفائي من خلال طبيعته على أنه وسيلة ضبط وحوار وتحليل، كما يمكن تعريفه من خلال دوره على أنه المسؤول عن وضع تسويات - بصورة ضرورية - موجهة لتحديث وتفعيل الهياكل الاستشفائية الوطنية وإضفاء الطابع الإنساني عليها، كل هذا يتطلب قيام روح اجتماعية جديدة تتعاون فيها حكومة نشطة ذات قدرات فعالة مع قطاع خاص وأهلي يتمتع بالحيوية والإحساس الوافر بالمسئولية الاجتماعية ومؤسسات مدنية قوية تمثل مختلف فئات الشعب من برلمان ونقابات

وصحافة وجمعيات أهلية وأجهزة رقابة شعبية، وإصلاح الجهاز الاستشفائي إصلاحاً كاملاً وتحديثه وتطويره على أرفع مستوى.

الفقرة الثانية: أهداف الإصلاح

تتمثل أهداف الإصلاح الاستشفائي فيما يلي:

- 1- مطابقة أجهزة العلاج والاستشفاء مع حاجيات المواطنين الصحية.
 - 2- منح مستخدمي الصحة الوسائل الضرورية للاستجابة للحاجيات الصحية والاجتماعية.
 - 3- التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطنين.
 - 4- إثبات حقوق وواجبات المرتفقين وحماية المرضى بالخصوص.
 - 5- ضمان الموارد المالية الضرورية للسير الحسن لمؤسسات الصحة.
 - 6- تطوير فعالية النفقات المخصصة لمؤسسات الصحة من طرف الجماعات المحلية.
- إن تحقيق هذه الأهداف يرتكز على مجموعة من المبادئ:

- 1- شمولية العلاج والمساواة في الاستفادة منه.
- 2- التضامن والعدل والاستمرارية.
- 3- التنظيم السلمي للهيكل والعلاج.
- 4- اللامركزية والتنسيق فيما بين القطاعات.
- 5- التقييم والمراقبة.

المطلب الثالث: محتوى الإصلاح الاستشفائي

ويشمل محتوى الإصلاح مختلف المحاور التي سيمسها الإصلاح بالإضافة إلى التطرق إلى مختلف العراقيل التي قد تقف أمام تحقيق أهداف الإصلاح واقتراح الحلول اللازمة قصد التخلص من هذه القيود.

الفقرة الأولى: ملفات الإصلاح

1- ملف حاجيات الصحة والطلب على العلاج

وفيه تم التطرق إلى كيفية التنسيق بين مختلف مؤسسات العلاج.

2- ملف الهياكل الاستشفائية

ويتكلم عن إصلاح الهياكل الإستشفائية وذلك بوضع جملة من الأهداف كتطوير مراقبة الدولة لمؤسسات العلاج ودرجة استقلالية هذه الأخيرة.

إن تحقيق هذه الأهداف يكمن في إدخال وسائل التخطيط والضبط مالي لمختلف مؤسسات العلاج من خلال مشاريع المؤسسات واقتراح تقوية كفاءات عرض العلاج من خلال السلمية وشبكات العلاج وتنمية إجراءات التعاون مع الأخذ بعين الاعتبار الطبيعة القانونية لهذه المؤسسات وحاجيات الصحة المرتبطة بإقليم توأجدها.

إن هذا الملف يكرس أيضا مشاركة المواطن في تنظيم نظام العلاج مع الأخذ بعين الاعتبار حقوق وواجباته. إن هذا يعني اقتراح أحسن تكفل بالمرضى أي تطوير أو تحسين كيفية استقباليهم، إعلامهم، إيوائهم، إطعامهم وعلاجهم.

إن هذا الاقتراب يحوي المريض وجمعيات المرضى من خلال آرائهم حول شبكة وكيفية العلاج من جهة ومؤسسات الصحة المعنية من جهة أخرى.

في الأخير تمت الإشارة إلى أهمية وضع نظام معلومات موثوق يسمح بمباشرة الإصلاح.

3-ملف الموارد البشرية

ويعالج فكرتين أساسيتين هما ترقية وتنميين مستخدمين من خلال مراجعة وضعياتهم القانونية وشروط وكيفيات العمل وكذا تكوينهم من جهة وإعادة توظيفهم من جهة أخرى.

إن التكوين هو حاجة ملحة لكل فئات المستخدمين، إن الهدف المنشود هو تأهيل مستخدمين والمطابقة بين التكوين ومختلف الوظائف المشغولة.

إن ضرورة مراجعة وضعيات العمال يتضمن تدخل قطاعات أخرى كقطاع التعليم العالي ، التكوين المهني.

4-ملف التمويل

ويتكلم عن توسيع الموارد، كيفيات تمويل المستشفيات وضرورة إعادة النظر في النظام من حيث التسيير المالي بإدخال سهولة محاسبية ثم الاهتمام أيضا بالتمويل لتعاقد للنشاطات لا للهياكل والتعريف الدقيق لحاجات الصحة بإدخال المحاسبة التحليلية وتقييم النشاطات والتسيير.

5-ملف ما بين القطاعات

إن قطاع الصحة يرتبط بقطاعات أخرى كالمالية، التكوين المهني، التضامن، العمل، الضمان الاجتماعي و بالتالي يجب على هذه القطاعات المشاركة في الإستراتيجية العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

إن تنظيم العلاج في منطقة الجنوب وموضوع الاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني هما موضوعان لم يتطرق إليهما تقرير المجلس الوطني للإصلاح الاستشفائي.

فخصوصية منطقة الجنوب ترجع إلى القيود المرتبطة بالمسافة والظروف الجوية أما الاستعجالات فتتطلب التوثيق وهو ما يقوم به المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

الفقرة الثانية: عراقيل الإصلاح

01 العراقيل المرتبطة بالتنظيم والوسائل المادية والبشرية: ويمكن تعدادها في النقاط التالية:

- تعدد أجهزة التدخل على مختلف المستويات.
- عدم تلاؤم أنظمة المؤسسات.
- هياكل تنظيمية غير موحدة.
- نقص في إجراءات التسيير.
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية والمادية بين مختلف الجهات وكذا داخل الجهة الواحدة.
- إحباط المستخدمين نتيجة شروط العمل السيئة، عدم التقدم في المسار المهني.
- التجهيزات غير الكافية بالإضافة إلى غياب سياسة الصيانة.
- انقطاع المواد الصيدلانية المرتبطة بقيود مالية وتنظيمية.
- عدم مراجعة مدونة الأعمال الطبية.
- صعوبة الحصول على العلاج من المرتفقين.
- غياب مرافقة المؤسسة للمرضى طول فترة الاستشفاء وانقطاع في متابعتهم.
- غياب الفعالية والنوعية في خدمات العلاج.
- نقص في تقييم النشاطات الطبية.

02 العراقيل المرتبطة بالتمويل:

نلاحظ نقصا في وسائل التمويل مما زاد في تفاقم الوضعية الصحية خصوصا وأن ميزانية المؤسسات الصحية في انخفاض مستمر منذ سنة 1987، وعموما يمكن تلخيص بعض القيود فيما يلي:

- توزيع غير عادل للموارد.
- عدم خضوع ميزانية المستشفيات لأي دراسة مسبقة.
- غياب التحكم في التكاليف والنفقات.
- عدم توازن ميزانيات القطاعات الصحية.

03 العراقيل المرتبطة بالإعلام:

يمكن تلخيصها في:

- مكتب الدخول ليس إجرائيا.

- عدم كفاءة المستخدمين المكلفين بالتقنين والتصنيف الدولي للأمراض.
- سوء الاهتمام بالملفات والتقارير الطبية.
- عدم ملاءمة بعض السجلات الإدارية.

04 العراقيل المرتبطة بالتكوين

ونذكر منها:

- نظام التعليم والتكوين لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجات المتعلقة بقطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي ليس في مصاف التجاوب مع الكفاءات المطلوبة لممارسة المهنة.
- عدم الانسجام بين الدراسة الأكاديمية والخبرة المهنية ما ينقص من الكفاءة أو يعدها في بعض التخصصات الطبية وشبه الطبية.
- طلب التكوين المتواصل من طرف كل المستخدمين لا ترضيه مدارس التكوين شبه الطبي.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي (المدرسة الوطنية للإدارة) لا يستجيب لمتطلبات التسيير الاستشفائي.

05 العراقيل التي يواجهها القطاع الخاص

وتتمثل في العراقيل التالية:

- غياب أنظمة قانونية واضحة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة وشبه العمومية.
- غياب دفا تر الشروط لهذه المؤسسات.
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الاستشفائي الخاص من ناحية تنظيم النشاطات الطبية.
- عدم وجود مدونة وفوترة غير محينة.
- غياب التعاون بين القطاع العمومي والخاص.
- فوضى في ساعات العمل وتكاليف الأعمال.
- مشكل الحصول على العلاج بالنسبة للفئات المععدة.
- غياب المشاركة في نظام إعلامي صحي.
- غياب المشاركة الفعلية في نشاطات الوقاية.

الفقرة الثالثة: مفاتيح الإصلاح

إن نجاح الإصلاح مرتبط ببعض النقاط التي يجب إعطاؤها أهمية كبرى والتي تعتبر مفاتيح هذا المشروع:

أ- نوعية العلاج

ركزت الدولة على هذه النقطة في ملف الهياكل الاستشفائية ويتم ذلك من خلال تقييم العلاجات الاستشفائية، تحسين الممارسات الطبية، وضع إجراءات صارمة للتحكم في تصرفات المستخدمين. ويتأتى ذلك بواسطة تحسين استقبالهم، إعلامهم، إيوائهم وكذا إطعامهم وخصوصا نوعية العلاج الذي يتلقونه. إن هذا الاقتراب يتضمن المريض ومؤسسات المرضى، من خلال آرائهم حول شبكة العلاج ونوعيته.

ويمكن للجزائر الاستفادة من تجارب الدول الأنجلوسكسونية، خصوصا إذا أدرنا أن التكاليف المتولدة عن صعوبات التنظيم واللاوعية يمكن أن تصل إلى 20 % من مجموع تكاليف المؤسسة، ويعرف نظام تأمين النوعية الذي يمكن أن ينفذ داخل المؤسسات الصحية بأنه مجموع النشاطات المخططة والمهيكلية، الهادفة إلى تحسين الخدمة المقدمة بأقل التكاليف.

ب- التحسيس بالمسؤولية

يمكن أن نعرف التحسيس بالمسؤولية على أنه إلزام بالقيام بأحسن مردود داخل المؤسسة الاستشفائية، وتحمل نتائج هذا المردود.

إن هذا التعريف يفترض وجود هيئة مكلفة بمراقبة نتائج الأعمال ومقارنتها بتلك المتوقعة. وفيما يلي بعض الشروط التطبيقية للتحسيس بالمسؤولية:

- وصف دقيق للمسؤوليات من خلال توضيح الأعمال الواجب القيام بها والنتائج المطلوبة.
- إمكانية القيام بالأعمال المطالب بها فيجب مثلا توفر الوسائل الضرورية لذلك.
- تقييم المردود بصورة واضحة ومفهومة حتى يتسنى للمعنيين إدراك النقص التي تخلفت تدخلاتهم.
- الثقة المتبادلة وهي الأساس للوصول إلى الأهداف المسطرة من الجهات المختصة.

ج- دمج المستشفى في محيطه:

- إن تفتح مؤسسة الصحة على محيطها يفهم على أنها يجب أن:
- تشارك في نظام علاج شامل.
- تتعاون مع باقي المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة.
- إن الأهداف المرجوة من دمج المستشفى في محيطه تتمثل فيما يلي:
- تحديد دور كل مؤسسة بالنسبة إلى محيطها، الأمر الذي سيؤدي إلى علنة عرض العلاج.

- تكفل أحسن بالمرضى خصوصا من الناحية الاجتماعية لاسيما المسنين والمعاقين.
- تنظيم شبكة العلاج بصورة تستجيب للطلب.
- تحقيق عرض شامل للعلاج داخل جميع المؤسسات الصحية دون استثناء.

المبحث الثاني: السياسات الجزئية لإصلاح نظام التمويل

المطلب الأول: التحكم في التمويل.

التمويل هو الأداة أو الوسيلة التي تمكن المستشفيات من مباشرة المهام المنوط بها، إذ هو العمود الفقري للتسيير ويكتسي أنواعا عديدة، كالتمويل بالأدوية، التمويل بالأغذية و التمويل بالأجهزة و المعدات و غيرها، إذ لا نكاد نمر بمؤسسة صحية إلا ونجد هيكلًا و جهازًا خاصًا بتكفل بالتمويل. كما أن التمويل يكتسي طابعا معقدا تتداخل فيه اعتبارات عديدة مادية وأخرى موضوعية، ويكبر حجمه أو يصغر بالنظر الى حجم المؤسسة الصحية وتنوع اختصاصاتها، و ارتفاع عدد الأسرة بها وتنوع المهام المنوط بها (الاستشفاء، التكوين، العلاج، البحث).

إن التمويل يتم بوسائل عديدة، كالطلب عند الحاجة إلى المواد، أو يتم عن طريق التعاقد المسبق، أي يتم بتسليم المواد و الحاجيات جملة واحدة أو بالأقساط.

الفقرة الأولى: التمويل بالأدوية و المواد الصيدلانية

إن التمويل بهذا النوع من المواد إستراتيجي وهام للمستشفيات و قطاع الصحة عموما، لأنه الميزة التي تطبع القطاع عن غيره من القطاعات، كما أن الأدوية تتميز بديمومة تدفقها و توفرها في السوق لأنها أساسية و إستعجالية، لذلك يجب اتخاذ سياسة محكمة في التمويل، تتميز بخصوصيات ومميزات منفردة، وذلك إما بإنتاجها محليا أو باتخاذ سياسة عقلنة تسيير الميزانية والإعتمادات المخصصة لهذا الجانب وتوظيفها مما يخدم ميزات هذا النوع من التمويل.

لقد عرف التمويل في الأدوية في الجزائر مراحل عديدة، إذ في السنوات الأولى من إستقلال الجزائر عانت الجزائر اضطرا بات عديدة في هذا المجال و تم انتهاج أسلوب تمويل محتكر من طرف الدولة إلى غاية سنوات الثمانينات، حيث أن الدولة هي المستورد الوحيد للأدوية، و الممون الرئيسي للسوق الوطنية في مجال الأدوية.

كما أن تبني الجزائر لمجانبة العلاج منذ 1974، أدى إلى استهلاك كبير للأدوية التي كانت أسعار بعضها مدعمة و البعض الآخر مجانا، وتدعم احتكار الدولة لهذا المجال بنص المادة 184 من القانون 85/05 المتعلق بحماية و ترقية الصحة، و نظرا للاستهلاك الواسع للأدوية في سنوات السبعينات حددت قائمة الأدوية التي من الواجب إستيرادها، وذلك بغرض التحكم في سياسة إستيراد الأدوية ولو نسبيا.

وبعد الاندماج في اقتصاد السوق، انفتحت الدولة أكثر على العالم الخارجي وبدأ الخواص يساهمون في الإيستراد، ولكن رغم ذلك بقيت بعض العراقيل وولدت مشاكل أخرى كعدم فعالية وقدرة

المنتوج الوطني على المنافسة نتيجة لخصوصية إقتصاد السوق، ومشاكل أخرى كنقص بعض الأدوية وفساد بعضها لإنتهاء مدة صلاحيته.

لذلك يجب إتخاذ سياسات إصلاحية للتحكم في التموين و ذلك بـ:
سياسة تسيير التموين: فيجب وضع برامج وطنية محكمة لتوزيع الأدوية وحماية المنتوج الوطني من المنافسة، وضمان تغطية سليمة ومتواصلة في مجال الأدوية للسوق الوطنية.
وضع احتياطي وطني من الأدوية: خاصة الضرورية وذات الإستعمال الواسع، و ذلك لمحاربة الأمراض الطارئة و المستعجلة و التي تتطلب تواصل في التزويد بالأدوية، أي يجب أن يكون على مستوى كل مستشفى احتياطي خاص به من الأدوية يعتبر مخزون للإستعمال في الوقت المناسب.
إعتماد سياسة إحصائية للمستهلكات من الأدوية: بالنظر إلى النمو السكاني و كذلك الإستطباب الذاتي و تأثيراته على كمية الأدوية المستهلكة، للعلم فإنه يعتبر مشكل خطير في الجزائر بسبب فوضى في الطلب على الدواء لأنه يزيد في الطلب على الدواء، هاته النسبة لا تخضع إلى برمجة مسبقة.
تشجيع العمل بفكرة طبيب العائلة: أي وضع ثقة في طبيب معين وإتباع نصائحه والاكتفاء بما وصفه هذا الأخير من دواء.

القضاء على فكرة الأدوية بالكمية و الاكتفاء بالنوعية: أي تشجيع وصف الدواء الفعال على توزيع الأدوية التي هي أقل فعالية.

وضع مدونة وطنية للأدوية: التي يجب استيرادها و التي تكون فعالة أكثر بغض النظر على كمية الأدوية.
بالإضافة إلى:

- تشجيع الإنتاج المحلي و حمايته من المنافسة.
- تفعيل دور المؤسسات الجهوية لتوزيع الأدوية، و معهد باستور للجزائر IPA.
- توظيف المحاسبة التحليلية FIFO و LIFO لتسيير الأدوية.
- التعاون و تبادل المعلومات في مجال إستهلاك الأدوية بين مختلف المؤسسات الإستشفائية.

الفقرة الثانية: التموين بالمواد الغذائية

إن التموين بالمواد الغذائية في الجزائر يعتمد أساسا على التكفل بضمان توفر المواد الغذائية ذات الاحتياج الضروري، و نفس الشيء بالنسبة للمريض داخل المستشفى، هذا الأخير، يزود بالحاجيات الغذائية من السوق الوطني.

إن المواد الغذائية التي يتزود بها المستشفى لا تراعى فيها كمية الحريرات التي يحتاجها المريض، وهو ما أدى إلى فوضى و أزمات في التموين في ظل نقص الإعتمادات المالية المخصصة لها.
 لذلك يجب لتهاج سياسة محكمة في هذا المجال تعتمد على:

- نقادي كساد السلع: وذلك بتقديم الطلبات حسب الحاجة، وتطبيق مبدأ LIFO و FIFO .
 - حساب تكلفة كل سرير في مجال الغذاء: بتوظيف المحاسبة التحليلية و القيام بإحصائيات دقيقة.
 - اجتناب التموين العشوائي بالأغذية، وإعتماد أسلوب التموين حسب كل مصلحة، بمعرفة كمية المخزون و الحاجة.
 - اجتناب التبذير بحصر عدد الوجبات المقدمة للمرضى، مع الأخذ بعين الاعتبار الوجبات التي تقدمها العائلة للمريض.
 - اعتماد سياسة الاشتراك في التموين بالأغذية بين المريض، و الدولة و الضمان الاجتماعي.
- الفقرة الثالثة: التموين بالأجهزة و المعدات**

يعرف التموين بالمعدات و الأجهزة في الجزائر فوضى كبيرة، و ذلك لأنه لا يعتمد على دراسات للملائمة، و التوزيع المناسب لها، بالإضافة إلى وجود قائمة من المعدات التي تعتبر قديمة، وتجاوزاتها التكنولوجية، مما يدفع إلى وجوب تجديدها، مع الأخذ بعين الاعتبار الأخطاء التي وقعت في مجال التموين سابقا، وذلك بـ:

- التركيز على نظام الإعتماد، أي لا يمكن لأي مؤسسة صحية أن تشتري أي جهاز أو عتاد إلا بترخيص من الوزارة الوصية (الإعتماد)، وهذا بغرض توزيع عادل و ملائم للحاجات، مع الأخذ بعين الاعتبار الخصوصية التي تتمتع بها كل منطقة.
 - التحكم في التجهيز العالي وقليل المردودية، بالنظر إلى الفعالية و الحاجات المرتفعة للسكان.
 - اعتماد خريطة صحية لتوطين الأجهزة بناء على عدد الأسرة، مثلا جهاز سكانير لكل 800 سرير، و جهاز أشعة لكل 10 أسرة، بالإضافة إلى تدعيم الإنتاج الوطني في مجال صناعة التجهيزات و المعدات الطبية، وتشجيع القطاع الخاص في هذا المجال.
- وخلص القول، فإن التموين في الجزائر يعرف مشاكل كبيرة، لكن يسهل التحكم فيها بانتهاج سياسات وطنية محكمة للتموين، تعتمد على دراسات و إحصائيات للطلب و الاحتياجات في مجال الأدوية و الأغذية، وكذا المعدات الطبية و تجنب التبذير و سوء التوزيع و فوضى التموين، وكذا التحكم في التكاليف لتحقيق نوعية علاج معتبرة بأقل التكاليف، من أجل تجنب التبذير و سوء استعمال الإعتمادات، لأن المعطيات المحاسبية تعتبر أساسية وذات أولوية لإتخاذ القرارات اللازمة التي تسمح بالتسيير العقلاني.
- لهذا يجب إعتماد نظام محاسبي خاص يتماشى مع طبيعة المؤسسة الإستشفائية، كما يجب أن تكون هذه المحاسبة مرنة تسمح بالتحليل الموضوعي للعمليات المالية و المحاسبية.

ولذلك فإنه بالنظر إلى الدول المتقدمة في التسيير الإستشفائي التي تبنت محاسبة خاصة بالمستشفيات من خلال وضع مخطط محاسبي استشفائي يعتمد على عدة أنواع من المحاسبة التي تتلاءم مع طبيعة المؤسسة الإستشفائية، ففرنسا مثلا تبنت مخطط محاسبي استشفائي يحتوي على محاسبة المواد من أجل تسيير المخزون من خلال استعمال عدة وثائق تمسك مع حركات الموارد و التي تتمثل في:

1. **BORDEREAU JOURNAL** أو الجدول اليومي الخاص بالمدخلات و المخرجات المسجلة بنظام كرونولوجي (زمني).
2. **LE GRAND LIVRE DES MATIERES** السجل الكبير الخاص بالمواد.
3. **LES BALANCES TRIMESTRIELLES** الموازنات الثلاثية.
4. **LE COMPTE DE GESTION** الذي هو عبارة عن تلخيص لحركات المواد.

هذه المنهجية في تقييم المواد تسمح بإعداد مخطط التموين بالمواد في الميزانية القادمة، مع تجنب التبذير، من جهة أخرى نستعمل للمحاسبة ميزانية للقيم العقارية و المنقولة للمؤسسة الإستشفائية التي تهتم بحساب الإهلاكات الخاصة بالتجهيزات و المباني من أجل تحديد سياسة صيانة التجهيزات و المباني مع تجديدها في الوقت المناسب.

كما يجب التأكيد على ضرورة إدخال المحاسبة التحليلية التي تعتبر كأداة لتطوير و تحسين المصالح الإستشفائية التي يجب استغلالها خاصة في حساب التكاليف الخاصة بكل مصلحة إستشفائية. تسمح المحاسبة التحليلية بحصر فعالية العمل أو الحركية المتخذة من طرف أي مصلحة من خلال الاعتماد على المعطيات الممنوحة من المحاسبة الإدارية و محاسبة المواد قصد حساب التكاليف الخاصة بكل مصلحة التي تصبح كدعامة للقيام بالتقديرات.

ولذلك فإن المحاسبة التحليلية عبارة عن منهجية أو طريقة في التسيير تسمح باستخراج مؤشرات ذات طابع اقتصادي من أجل تسهيل المتابعة للسير الداخلي للمؤسسة الإستشفائية قصد إتخاذ القرارات المناسبة لعقلنة التسيير.

كما أن المحاسبة التحليلية تهدف إلى التحكم في الاستعمال العقلاني للموارد إلى جانب قياس النشاطات وفعالية المصالح الإستشفائية وتجنب التبذير.

ولن نتحقق هذه الأهداف إلى عن طريق التحديد و التحليل المدقق لمختلف التكاليف الإستشفائية،

وبصفة خاصة تهدف المحاسبة التحليلية المعتمدة في المؤسسات الإستشفائية إلى مايلي:

- 1- حساب السعر اليومي الاستشفاء الذي ينتج عن العلاقة بين سعر التكلفة و السعر اليومي.
- 2- تقدير وتقويم ظروف السير أو التسيير التي تتطلب معرفة عميقة للسير الداخلي للمصالح الإستشفائية.
- 3- كما تسهل تحليل طريقة تكوين التكاليف.

إذن المحاسبة التحليلية تعتبر كوسيلة معرفة وأداة في تناول المسيرين و السلطات الرقابة، و هدفها تسيير أكثر توجيها.

ولهذا يمكن القول أن المحاسبة التحليلية تسمح باعتماد التقديرات الخاصة بالميزانية بالنظر للنشاط الحقيقي للمؤسسة الإستشفائية، إن النظام المحاسبي الإستشفائي الواجب تبنيه يعتبر كنظام للقيام بعملية أخذ القرار المناسب، إلى جانب أنه يسمح بمراقبة التسيير بصفة متواصلة، غير ان هذا النظام المحاسبي يجب أن يدعم بنظام الإعلام الآلي قصد تجميع المعطيات المحاسبية و تحليلها، إن المعطيات المحاسبية تساهم في إعداد لوحة القيادة الخاصة بكل مراكز المسؤوليات وتحليلها عن طريق مراقبة التسيير.

المطلب الثاني: احتواء التكاليف و عقلنة الاختيارات الميزانية

إن الهدف الأساسي من احتواء التكاليف، هو محاولة عقلنة الموارد المالية والحد من التبذير، والإنفاق غير المدروس، واكتشاف المنشآت والمصالح التي هي مستخدمة بطريقة غير اقتصادية، وبالتالي فإن الخع الوسائل هو الذي يمكن من قياس فعالية الوسائل المالية للمؤسسات الصحية، واكتشاف المجالات التي تمكن من تحقيق أكبر قدر من الوفرة في النفقات كالوقاية منه.

الفقرة الأولى: احتواء التكاليف

تعتبر تكلفة الوحدة، عن النسبة بين تكلفة كمية معينة من السلع أو الخدمات، وعدد الوحدات المنتجة أو المبيعة من تلك السلع أو الخدمات.

تكلفة المريض المعافى: يمكن حسابها عن طريق تقييم تكلفة العلة، مثلا يمكننا حساب تكلفة المريض المعالج في الخارج، وهذه الطريقة تتطلب توفير معلومات إحصائية يصعب الحصول عليها، بالإضافة إلى مشكل آخر وهو خروج المريض من المستشفى دون إكمال العلاج *contre avis médical* كما أنه هناك بعض الأمراض المزمنة التي تحتم على المريض التردد كثيرا على المستشفى، وبالتالي إستغلال السرير.

ومن هنا يمكن القول أن هذه الطريقة صعبة التطبيق لأنها تتطلب إحصائيات جد دقيقة.

أما تكلفة العلة: فهي تكلفة إجمالية للصحة، ويجب علينا معرفة كل مريض بالنسبة للميزانية العامة. رغم الإشكال الذي يواجهه إقتصاد الصحة والمتمثل في صعوبة تعريف منتج أو نتيجة الصحة إلا أنه يمكن الاعتماد على إحدى الطرق التالية:

- تحليل تكلفة فعالية.

- تحليل تكلفة منفعة.

- تحليل تكلفة فائدة.

بالإضافة إلى اللجوء إلى بعض مؤشرات الحالة الصحية للتعبير عن المزوج والذي يتمثل عادة في معدل الوفيات، معدل العيش عند الولادة أو معايير أخرى مثل: عدد الأطباء، عدد الأسرة، معدل شغل الأسرة... الخ.

ورغم كل هذه الاختلافات فلا بد من:

- تعميم حساب التكاليف ليشمل جميع الخدمات المقدمة من المراكز الإستشفائية وغير الإستشفائية.
- العمل وفق لمفاهيم إقتصادية الصحة فيما يتعلق باتخاذ القرار الصحي، مع تفعيل دور التحليل المالي للتكاليف.

- ترشيد الإستهلاك بالنسبة للمستفيد من الخدمة، وذلك بالمشاركة في جزء تكلفة العلاج.

الفقرة الثانية: عقلنة الاختيارات الميزانية

وهو عبارة عن إجراء يتعلق بتحسين استعمال الموارد، عن طريق المفاضلة بين البرامج، وتحديد الهدف أو الأهداف المراد تحقيقها، بالبحث عن مجموع الوسائل الملائمة من حيث فعاليتها وتكاليفها، للحصول على النتائج المسطرة.

ويهدف هذا الأسلوب إلى إيجاد ارتباط وثيق بين الوسائل التقليدية لتحليل الميزانية، وسياسة

اتخاذ القرارات الخاصة بتحقيق أهداف المؤسسة الصحية، وكل هذا عبر المراحل التالية.¹

- دراسة الأهداف.

- إحصاء الوسائل.

- دراسة محاسبية للوسائل و الأهداف.

- تحديد البرامج المتعاقبة وتقييمها.

- اتخاذ القرار.

- المراقبة.

¹- زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة

المطلب الثالث: توسيع وتنويع المصادر المالية

إن السير الجيد للمؤسسة صحية، يتوقف على تسيير مالي ممتاز وعلى أحسن تنظيم، لتصبح المؤسسة الصحية أكثر فعالية ومردودية، لكن مؤسستنا الصحية هي اليوم علي عكس ذلك تواجه مشاكل و صعوبات عدة، تنعكس سلبا علي سيرها العادي خاصة فيما يتعلق بالتسيير المالي. لذلك لا بد من توسيع مصادر التمويل لتشمل كذلك:

1 - الجماعات المحلية:

تعتبر الجماعات المحلية بمثابة المسؤول الأول عن الوقاية العمومية، و التي تساهم بصورة مباشرة في التخفيض من الأمراض الناتجة عن المحيط، و بالتالي فانه لا بد من دفع الجماعات المحلية لاهتمام أكثر بالمؤسسات الصحية التابعة لها إقليميا، مع التأكيد علي ضرورة دفع الأقساط الخاصة بالأفراد المعوزين عن طريق دفع اشتراكاتهم لضمان الاجتماعي سنويا، أو تحمل الفواتير المقابلة للعلاج الذي تلقوه في المستشفى.

كما يجب عليها أن تتكفل بنظافة المحيط وحماية الأفراد من الأمراض بقدر المستطاع، وكذا المساهمة في تمويل الميزانية.

2 - الرسوم المفروضة على المؤسسات التي تتسبب في تلويث البيئة:

إن هذا الرسم هو شبه جبائي، يخصص لميزانية المؤسسة الصحية، وتحدد نسبته حسب درجة التلوث، ذلك إن هذه المؤسسات ساهمت في ظهور بعض الأمراض التنفسية الحادة.

4- الرسم على الخمر:

يتم تبرير هذا الرسم بأن لهذه المادة انعكاسات صحية وإجتماعية خطيرة، إذ بالرفع من نسبة الرسم على الخمر ستكون السلطات قد حاولت من جهة جلب موارد إضافية للمؤسسة الصحية، ومن جهة ثانية سيقبل عدد المستهلكين لهذه المادة.

أما التبغ فهو ينتج أمراض خطيرة كالسرطان الرئة والأمراض القلبية لذا يجب أن ترفع السلطات المختصة من نسبة هذا الرسم.

4- الموارد الخاصة للمؤسسة الصحية:

تؤمن هذه الموارد من مساهمة المستخدمين، والطلبة المتمرنين في نفقات الإطعام، كما يمكن توسيعها إلى فتح فرع في ميزانية المؤسسة الصحية ويكون خاص بمساهمة المتبرعين، أو الحصول على عوائد التغطية الصحية الناتجة في النشاطات و المقابلات وإحياء التظاهرات وذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.

5- التأمينات الإقتصادية:

تقدم التأمينات الإقتصادية مشاركتها في التمويل الصحي، حسب القوانين والإجراءات السارية المفعول، وذلك على اعتبار أن هذه المؤسسات تتكفل طبيا بالخسائر الناتجة عن مؤمنيهها، وهنا تجدر الإشارة إلى عدم تطبيق القرار الوزاري الخاص بحوادث المرور، والخاص بالأشخاص الذين يتعرضون لحوادث المرور، بحيث يجب أن تتحمل شركات التأمين المؤمنة لديها السيارة المسببة للحدث مصاريف العلاج الخاصة بهم.

6- مشاركة المؤسسات الصناعية والتجارية:

وهذا عن طريق الإتفاقيات المبرمة بينها وبين المؤسسة الصحية من أجل المتابعة والتغطية الصحية لمستخدميها، وهذا في إطار نشاط طب العمل الذي يعد إجباري على كل مؤسسة، وهذا طبقا للقانون رقم 07/88 المؤرخ في 26 جانفي 1988 والخاص بالوقاية والحماية من الحوادث المهنية، وعليه يمكن إيجاد صيغة تعاقدية بين المؤسسات الصحية، على أن تكون قيمة التعويض تعكس التكلفة الحقيقية للعلاج، وأن تكون هناك مراقبة فعلية من طرف كل مفتشيات العمل لكي يطبق إجباري من طرف كل المؤسسات العامة و الخاصة.

المبحث الثالث: النظام التعاقدى كبديل لتمويل المنظومة الوطنية للصحة

بموجب قانون المالية لسنة 1992 المادة 175 منه اتجه المشرع الجزائري و لأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج إلى اقتراح نظام تمويل جديد مبني على علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي.

كما تم التأكيد على هذا النهج في قانون المالية لسنة 1993 المادة 128 منه: « يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي و وزارة الصحة و السكان عن طريق أساليب تحدد بموجب طرق تنظيمية»

و نظرا لعدم استعداد الهيئات المعنية بالعملية بقي موضوع التعاقد يراوح مكانه إلى سنة 1995 حيث تم بعثه من جديد في قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 الفقرة (4،3،2): « يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقة التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان و حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم.

تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين إجتماعيا و ذوي الحقوق».

المطلب الأول: مفهوم التعاقد

الفقرة الأولى: تعريف التعاقد و أنواعه

الفرع الأول: تعريف التعاقد

التعاقد سمة التسيير الحديث المبني على العقلانية و الشفافية و هو ما تصبوا إليه إصلاحات المنظومة الصحية، أهمية الموضوع تكمن في تجسيد مخطط عمل يرتكز على دعم الوصاية في إطار تعاقد تقاوضي (تعاقد خارجي أو تعاقد برنامجي).

و في نفس الوقت يمثل أداة قانونية و تقنية و تمويلية كأساس للعلاقة القائمة بين الوصاية و المؤسسات و الهادفة إلى تعريف المشروع الذي من شأن الهيئات الصحية - المتمتعة بالاستقلالية- الاستطلاع به و تلتزم بتنفيذه كمخطط عمل وفق التوجهات العامة لإستراتيجية للسلطة العمومية في مجال الصحة.

كما يعرف في الشق الثاني الدعم المالي المادي و التشريعي الذي توفره هذه الأخيرة من أجل تنفيذ مخطط العمل.

و من ثم نجد أنفسنا أمام تعاقد أهداف و وسائل بين المؤسسة الصحية و السلطة الإدارية، هذه الأخيرة تحدد الواجبات و الحقوق و مساهمة الأطراف المعنية و بذلك يمثل التعاقد الخارجي إجراء فعال لتجسيد برنامج الصحة في إطار الشفافية التامة بضمان الشروط القسوى في التسيير المالي و الاقتصادي، بتسخير الوسائل المادية و البشرية من أجل تقديم خدمة مقبولة بأقل التكاليف.

بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فإن التعاقد هو عبارة عن إتفاق (عقد) يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين (أو أكثر) و الذي عن طريقه أو بواسطته يلتزم بالتنازل أو الاحتفاظ، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء، أي ارتباط إرادي لشركاء مستقبليين فهناك من يرى أنه يمنح الأرباح و الإمتيازات في حين ترى أطراف أخرى أنه يمنح الحلول التعاونية.

الفرع الثاني: أنواع التعاقد

أولاً: التعاقد الداخلي:

المقصود بهذا النوع من التعاقد هو أن يفوض المدير لرؤساء المصالح مهام التسيير على أن يكون مبني على عقد تفوضي ، حيث تحدد فيه أهداف و وسائل ومعايير متابعة، و أساليب تعبئة و إهتمام بتحقيق نتائج بالإضافة الى تحمل الأثار الناتجة عن عدم الإلتزام بتنفيذ بنود العقد فالنهج التعاقدية يمر حتما عبر الإرادة المشتركة بتطوير و توزيع وسائل تحقيق النشاط.

نوعية هذه العقود - إذا ما وضعت حيز التنفيذ- من شأنها توزيع السلطات و المسؤوليات على مستوى الفرق، كما يمكن الذهاب الى حد إمكانية قيام عقود مباشرة بين المصالح و الهيئات المنتفعة و عقود إمداد وتسيير مع الإدارة و لكن هل الطابع القانوني للمؤسسات الصحية يتسع لمثل هذه الأفكار؟.

1- التعاقد الداخلي تعاقد أهداف و وسائل:

في إطار خطوات النهج التعاقدية من الضروري إمضاء عقد بين الشركاء داخل التنظيم فيما يخص الأهداف المراد تحقيقها و الوسائل اللازمة لذلك في إطار تفوضي، مما يحتم على المؤسسة الصحية العمومية إعادة النظر في التنظيم و طريقة التسيير و تكييفها مع محيط ما فتئ يتطور من زوايا متعددة.

2- التعاقد الداخلي وسيلة تسيير للمؤسسة الصحية العمومية:

التوجه نحو التعاقد الداخلي هو شكل جديد في العلاقة بين منطقتين الأول إداري و الآخر طبي و ذلك ب:

- إنشاء و تنصيب قطب للنشاط الطبي كمركز للكفاءة و المسؤولية.
- تفويض تسيير لرئيس القطب و ليس تفويض سلطة أو إمضاء عقد يتعلق بالأهداف و وسائل بين الإدارة و مسؤولي أقطاب النشاط الاجتماعي.

هذه الأقطاب على مستوى المصالح المختلفة تكون مراكز مسؤولية تمهد لإدخال المحاسبة التحليلية و التسيير التوقعي للمستخدمين و الكفاءات.

و بذلك نصل إلى هدفين أساسيين:

النجاعة في استغلال الوسائل لتقريب بها أرضية الواقع اتخاذ القرار و بذلك يتم التحكم في النفقات بتحليل المسؤولية من جميع المتدخلين و على جميع المستويات، و تحسين نوعية الخدمة و التكفل بالمريض في خطة مسبقة بين الطاقم الطبي و الشبه طبي و الإداري.

3- التعاقد الداخلي و مراقبة التسيير:

يحدث التعاقد كيفية جديدة للعلاقة داخل المؤسسة، فكل قطب مجموعة من المهام و الأهداف حددت بعد تفاوض في إطار عقد " وسائل و موارد كما و نوعا "، حيث تكون موضوع تقييم دائم على أساس مؤشرات مقبولة من طرف الجميع تؤسس لجهاز إعلامي صحي من أجل معرفة أكثر للنشاط الطبي و الشبه طبي و من ثم إمكانية توجيه هذا الجهاز بالارتكاز على:

- لوحة التحكم في النشاط الطبي و الشبه طبي.

- تطوير تقنيات الميزانية بتجميع المصالح في أقطاب متجانسة.

- وضع جهاز تقييم و تسيير على أساس المحاسبة التحليلية.

4 التعاقد الداخلي و تفويض التسيير:

في إطار التعاقد الداخلي لا بد من وضع نصب الأعين موضوع العلاوات و المنح من أجل التحفيز كقابل للمسؤولية، و من أجل إقحام أكبر قدر من المستخدمين في العملية.

و كإجراء أولي و في إطار التعاقد الداخلي، لا يمكن تفويض التوظيف أو إمضاء صفقة عمومية، و لكن يمكن تجسيد الإدارة بالمشاركة في المستشفيات، بتوسيع دائرة التشاور بين مختلف الأقطاب و إيجاد قواعد جديدة في إعداد و متابعة القرارات المتعلقة بتسيير المؤسسة.

ثانيا: التعاقد الخارجي:

هو تعاقد العلاقات ما بين المؤسسات الصحية كمنتج للعلاج و هيئات مشتريّة موكلة من طرف الطالبين له: صناديق الضامن الاجتماعي، مديرية النشاط الاجتماعي بالنسبة للمعوزين.

التعاقد الخارجي أسلوب تسيير مؤسس على نظام تقديم الخدمة و المخالصة، و هذا الأسلوب من شأنه أن يكون بديل لأسلوب المساهمة السنوية حيث تصبح تغطي في أجال أقرب على أساس الخدمة، أي إمكانية زيادة التمويل مرتبطة بحجم النشاط هذا من شأنه إحداث جو تنافسي يصب في صالح النوعية و التكلفة وسهولة الحصول عليه.

الفقرة الثانية: التجربة الفرنسية في مجال التعاقد

إن قانون 13 جويلية 1991 وضع جهاز تخطيط يهدف إلى عقلنة تطوير النشاطات الإستشفائية العمومية و الخاصة و التحكم في تزايد نفقات التأمين على المرض.

في هذا الإطار يطرح مفهوم العقد المتعدد السنوات و الذي يعتبر أداة لمختلف الشركاء (مؤسسة صحية، دولة، تأمينات) لضمان الانسجام بين مشاريع المؤسسات الصحية و أهداف التخطيط الصحي الجهوي.

إن النهج التعاقدية يضع في المقدمة الإرادة في تحديد المسؤوليات عند أعوان و شركاء النظام الصحي، و ذلك عن طريق تدعيم الاستقلالية و الرؤية متوسطة المدى على مستوى هذه المؤسسات بحيث يصبح هذا التعاقد يشكل العلاقة العادية و المفصلية ما بين المؤسسات الصحية و السلطة صاحبة القرار (الوكالة الجهوية).

و عليه فالمؤسسات الصحية عمومية كانت أو خاصة تعتبر معنية بسياسة التعاقد، كما أن درجة أمان و نوعية الخدمة العلاجية هي أولى اهتمامات السياسة الجديدة. فإذا كانت في السابق المؤسسة الصحية مطالبة بتقييم ممارساتها المهنية أساليب تنظيم العلاج و كل الإجراءات المتعلقة بالتكفل الكلي بالمريض لتحقيق النوعية و النجاعة فإن ذلك لم يكن إلا إجراء داخلي خاص بالمؤسسة.

الفرع الأول: العقد الخارجي

يكون بين الوكالات الجهوية للاستشفاء (ARH) و المؤسسات الصحية، سواء منها الخاصة أو العمومية على مدى الطويل والمتوسط، حيث مدة العقد لا يمكن أن تقل عن 03 سنوات ولا أكثر من 05 سنوات، و العقد يمضيه مدير الوكالة الجهوية و ممثل المؤسسة المعنية.

بالنسبة للمؤسسات العمومية، العقد يبرم بعد مداولة مجلس الإدارة و هذا بأخذ بعين الاعتبار رأي اللجنة الطبية و التقنية للمؤسسة، كما أنه يمكن استدعاء كل المؤسسات الأخرى التي يعينها الأمر للمشاركة في العقد منهم:

- محترف في الصحة الخواص.
- معاهد البحث العلمي والجامعات.

فالعقد قد يحدد رزنامة وبرنامج تنفيذه و يعطي كل معطيات ومؤشرات المتابعة و النتائج الضرورية للتقييم الدوري والفصلي، و المؤسسة تحرر محضر و تقرير سنوي لهذه العملية و كذا تقرير نهائي للوكالة ARH في ظل هذه النصوص قد نستخرج عدة نقاط منها:

- في الشكل: فأهداف العقد ووسائله تعتبر ضرورية في التعاقد، و هذا حسب قانون الصحة العمومية¹.

إذن فهم يتمتعون بالاستقلالية عن كل وسائل الإصلاحات وبالتالي يمكن لهم من التمتع في داخلية العقد.

- **في المضمون:** فأهداف العقود ووسائلها أصبحت تشكل نموذج من نماذج القرارات التي تسخرها الوكالة الجهوية والتي هي نفسها التي تتخذ في المؤسسات الصحية الخاصة أو العمومية، فخاصية الإلزامية والمبادرة التي تتميز بها الوكالة تبين بشكل قوي خاصية مادة القرارات العمومية لأهداف العقد والوسائل، وهذا في:

* **الإجراءات:** فأهداف العقد والوسائل حقيقة تمضي من طرف مدير الوكالة ومدير المؤسسة، ولكن بعد رأي واستشارة اللجان التداولية هنا، كاللجنة التنفيذية ومجلس الإدارة، وهذا بعد رأي الموافقة لمؤسسات التأمين على الأمراض.

* **الميدان التطبيقي:** إذا كانت أهداف العقد ووسائله تبين التوجيهات الإستراتيجية للمؤسسة، وهذا مع أخذ بعين الاعتبار أهداف GROS، فميدان التطبيق يصبح عام ويضم جميع الأبعاد التنظيمية الصحية، التسييرية والمالية للمؤسسة.

فأهداف العقد والوسائل:

- يبين التوجهات الاستراتيجية مع الأخذ بعين الاعتبار GROS
- يحدد كل الشروط التي يضعها (المشروع الطبي، مشروع المؤسسة).
- يسجل كل التغيرات الخاصة: النشاطات، التسيير، التنظيم.
- يحدّد أهداف النوعية، التأمين، تنفيذ إجراءات الضمان.
- تجديد تسيير الموارد البشرية.
- تحديد الموارد المالية.

فهذه المادة من هذا القانون لا تعطينا المجال للانتقاد، وإنما تبين لنا أنه في حالة عدم تنفيذ بنود العقد، فمدير الوكالة يوجه اعذراء، وهذا لا يكفي وإنما تكون هناك عقوبة مالية.

الفرع الثاني: العقد مع المؤسسات الخاصة

هي العقود التي تكون بين الوكالة الجهوية للإستشفاء ARH والمؤسسات الخاصة، وقد تحدّد مدّة العقد من 03 إلى 05 سنوات، والذي يشمل على مايلي:

- تكلفة الخدمات حسب التخصّص.
- الأهداف حسب النوعية والتأمين للعلاجات التي تأخذها على عاتقها المؤسسة الصحية الخاصة حسب بنود العقد، وهذا مع رضا المريض بهذه الخدمات ونوعية العلاج المقدمة.
- كيفية الإشراف في النشاطات الصحية التي توافق عليها الوكالة الجهوية.

- العقوبات التي تطبق في حالة عدم تنفيذ بنود العقد.
- فالمهم من هذه العقود هو العقد الثلاثي الذي أشير عليه 15 أبريل 1997 بين الدولة والتأمين على الأمراض والمؤسسات فقد سجل واتفق على أربع عناوين تحدد العقد:
 - أ- العنوان 1: يعالج أهداف العقد والوسائل التي تشخص وتلخص التعهدات والشراكة.
 - ب- العنوان 2: يعالج قبول المريض.
 - ج- العنوان 3: يعالج الجانب المالي.
 - د- العنوان 4: يبين العقوبات ومدة العقد، ثم هناك ثلاثة فروع يمكن ادراجها في العقد.
 - فرع التكلفة.
 - فرع خاص بملف المريض.
 - فرع التمويل.

وقد نرى أنه اعطيت أهمية كبيرة في ملف المريض والتكلفة، والعقد هو تقديم خدمة بثمن متفاهم عليه، لذا فالعقد يتطلب تكلفة معينة والتفاهم وتطابق الإيرادات من أجل إبرام العقد.

الفرع الثالث: العقد الداخلي للمستشفى.

نرى أن فرنسا أخذت قسطها في التجربة في هذا المجال أي العقد الداخلي. وهذا حسب تقرير الحكومة والمجلس الأعلى الذي قدمه في سنة 1973 وهذا "بمصادقة مركز المسؤولية" والذي يعتبر كإحداث طرف تسيير للمصالح العمومية عن طريق الأهداف ومراقبة التسيير لمؤسسة والذي يعيد الدراسة والنظر في بعض النصوص والقوانين الإدارية والمالية¹.

فمراقبة التسيير يظهر كوسيلة وطريقة جديدة للمسؤولية وكذلك مراقبة النتائج وليس الموضوع وهذا لا ينفي أن الطريقة المتبعة ما بين TAPAM (اللوحة السنوية المقدرة للنشاطات والوسائل) TAPDDB (اللوحة السنوية المقدرة للنفقات الصحية الخام) من الميزانية العامة والأمر 1989 والإصلاح الحالي بين الديناميكية الجديدة ولأهداف العقد الداخلي.

فمركز المسؤولية يرمي العقد ويرتكز على طريقة المالية وإعداد للميزانية العامة، فنرى أن مركز المسؤولية قد تطور وأصبح كأداة إصلاح القرارات العمومية.

فإنشاء مراكز المسؤولية تأتي لترى في الانشغالات التي كانت فيما مضى تبين الوسائل وتكلفة نشاطات المسؤولية التي يتولاها والقرارات التي تأخذ في هذا الشأن، وهذا بالتأثير على تطور التكلفة والنشاطات.

¹ -

كما أن مركز المسؤولية يعتبر أيضا جانبا من مشروع المحاسبة التحليلية، وهذا بالمفهوم الأوضح لأهداف العلاج، ونوعية الخدمات المقدمة وكذلك التكلفة، فالنسيير الداخلي للمستشفى أصبح النقطة المهمة لكل الجهود المقدمة من أجل نجاح رهان التقدم والتطور والنوعية فالمستشفى يتحرك ويتطور والذهنيات كذلك تتأثر ولا بد من أن الكل يشارك في النسيير وهذه الاستقلالية الداخلية تسمح للأطباء والفرق الطبية والشبه الطبية بالمشاركة في اختيار نموذج اقتصادي والتي يمكن أن تتجاوب مع الاستراتيجية الطبية.

وهكذا فإن الفرق الطبية والشبه طبية لا بد من أن نقترح على مدير المؤسسة إنشاء مركز المسؤولية، وهذه الاقتراحات تعرض على الجمعية واللجنة التقنية للموافقة كما أن قرار المدير له وزن في هذا المشروع، وله أن يقرر إنشاء هذا المركز وهذا بعد استشارة هؤلاء التقنيين. إذن فمسؤول هذا المركز يقترح من طرف الوحدات الطبية والذي يتمثل من الأطباء البيولوجيين والصيدالة كما أنه يعين من طرف المدير وهذا بعد رأي الموافقة من طرف هذا الأخير، لأن مسؤول المركز قد يستفيد من التفويض الذي يفوضه له المدير في تسيير مركزه. هذا العقد يعرف كل الأهداف والوسائل ومؤشرات المتابعة لمراكز المسؤولية. فمردودية هذا المركز تكون حسب نتائج التسيير والمؤهلات التي تقدم، وفي حالة عدم تطبيق بنود العقد الداخلي سوف تنجر عنها العقوبات المالية وكذا الإدارية.

الفقرة الثالثة: شروط نجاح النهج التعاقدى

1 تحديث مكتب القبول:

نظرا للأهمية المركزية بمكتب الدخل في عملية التعاقد فإنه أصبح يكتسي أهمية في نظام وتسيير المؤسسة الصحية، فالنصوص التنظيمية و الصادرة منذ سنة 2000 أعادت هيكلة مكتب الدخل سواء من الناحية التنظيمية أو نمط التسيير و النشاط.

فقد تناولت التعليمات الوزارية رقم 03 المؤرخة في 2000/12/07 المتعلقة بمكتب على مستوى المراكز الإستشفائية و المؤسسات المتخصصة و كذا القطاعات الصحية قواعد تنظيمية و تسييره و من بين ما أهم ما جاء في هذه التعليمات من تعديلات هو الإلحاح على التوفيق و الانسجام بين مختلف سندات و وسائل التسيير بالإضافة إلى الرجوع إلى استعمال استمارة العلاج حيث أنها ضرورة لا بد منها و هي أساس للفوترة أي الرجوع إلى الفترة التي سبقت 1974.

أكدت التعليمات المذكورة أنفا على تطور مفهوم التسيير و التنظيم و ذلك باعتماد طرق حديثة مسخرة وسائل الإعلام الآلي بالدرجة الأولى و منها:

الفوترة : يعتبر مكتب الفوترة ذو أهمية كبيرة إذ يساهم بقسط كبير في توسيع دائرة إيرادات المؤسسة حيث ينكفل بـ :

- المراقبة و الاستغلال الجيد لاستمارة العلاج.

البحث عن المدينين لإعداد كشوف الحساب من أجل دفع مصاريف العلاج

- التقييم المالي للخدمة المقدمة توافقا مع نمط الاقتصاد المتبع بغية تأمين نتائج عن طريق تحقيق فوائد.

استمارة العلاج

تعتبر استمارة العلاج اللغة الكمية للعلاج المقدم، و وسيلة عمل تكميلي بيت مختلف المتدخلين فأعوان مكتب الدخل باعتنائهم بجانب الحالة المدنية و التعريف بمن هو المريض في علاقة التأمينية يؤسسون إلى قواعد التنظيم و التسيير العمومي فاستمارة العلاج تسمح بحساب تكاليف النشاطات الطبية التي استفاد منها المريض كما تبين كمية الإعتمادات التي تم استغلالها أثناء تقديم العلاج و هي سند أساسي لتقييم إيرادات المؤسسة و المعطيات الإحصائية و هي أدلة مراقبة و متابعة لاستهلاك الأدوية و المستهلكات الأخرى.

أما بالنسبة للأنشطة الإستشفائية مثل متوسط مدة الإقامة D.M.S معدل شغل الأسرة T.O.C ومعامل التداول على السرير C.R.C مؤشرات تدل على حسن أو سوء التسيير في المستشفى و يجب حسابها شهريا، فصليا، سداسيا أو سنويا ومقارنتها مع المؤشرات الجهوية الوطنية والدولية لأنه إذا كان

معدل الإقامة في المستشفى طويل فإنه يسبب نفقات إضافية وقد تؤدي إلى أصابة المريض بأمراض أخرى تطيل مدة الإقامة أكثر.

كما أنّ المعدّل الضعيف لشغل الأسرة غير المشغولة تكلف يد عاملة ونفقات دون إدخال إيرادات.

المتابعة بواسطة الإعلام الآلي:

بإدماج برنامج المريض Logiciel Patient يتمكن مكتب الدخول من متابعة وضعيات المريض بطريقة آلية و سريعة و المتمثلة اساسا في التسجيل - الحفظ - و الإستغلال فهو يمكن من:

- تسجيل دخول المرضى و قبولهم.
- تسجيل الخروج النهائي للمريض.
- إصدار شهادات المكوث الإستشفائي لكل مريض.

كما يمكن من الحصول على الوثائق التالية:

وثيقة الغرفة.

إستمارة العلاج.

و يمكن من:

- حساب عدد المرضى.

- معرفة المصلحة التي وجه لها المريض.

- ربح وقت لإستغلال ملف المريض.

- التسيير الجيد للمرتفقين.

- الحصول على أفضل النتائج فيما يخص تقييم و تسيير النشاط الاستشفائي.

- التقدير الدقيق و الجيد لتكاليف الاستشفاء.

- الحد من عدد الوثائق المستعملة.

- إحصاء و معرفة كميات الدواء و المواد الصيدلانية المستهلكة.

كما نصت التعليمات الوزارية رقم 03 على إعادة الإعتبار للعنصر البشري و ذلك بتدعيم مكتب

الدخول للقدرات البشرية كما و نوعا مع التركيز على الأكفاء ذوي المستوى التعليمي المتخصص و اعتماد طرق التكوين المتواصل و التحسيس و التوعية الدائمين.

جاءت التعليمات الوزارية رقم 16 الصادرة في 2002/09/22 و التي ألحت على أخذ الأمر بأكثر

جدية إستعداد لدخول عالم المنافسة و التعاقد من خلال جعل مكتب الدخول فعال في التحكم في نظام

الإعلام الصحي و أوصت بمبدئ تسليم المريض ملخص عيادي للخروج أضافت إليه التعليمات الوزارية

رقم 17 الصادرة في 2002/12/24 الملخص المعيلري للخروج.

2 تقنين و إقرار الدعائم الإعلامية و تعميمها:

أهم هذه الدعائم هي:

- إستمارة العلاج.
- إستمارة الدخول.
- طلب التكفل.

3- إعلام و تحسيس الأعوان المعنيين:

- الممارسين الطبيين.
- المراقبين الطبيين.

4- وضع آليات تسير حديثة و فعالة وذلك بالإعتماد على:

- إستعمال طرق حديثة في حساب التكاليف بإدخال المحاسبة التحليلية.
 - ضبط عدد المستخدمين و الرفع من مردود يتهم عن طريق المحفزات و إطلاق روح المبادرة بغية تحقيق النتائج.
 - تحيين قائمة الأعمال الطبية و تبسيطها لتسهيل استعمال رموزها من طرف الممارسين الطبيين و شبه الطبيين.
 - إيجاد فعالية في تسيير المصالح الصحية باشتراط النتائج عن طريق التعاقد الداخلي للربط بين منح الموارد و الأهداف المحددة لكل مصلحة باعتبارها دائرة منظمة.
 - التقييم الدوري لمدى تنفيذ المشروع مع تقديم التصحيحات اللازمة في الوقت المناسب.
 - الإنتهاء الفوري من عملية تعميم استمارة العلاج، و الفوترة على أساسها بصفة منتظمة.
 - ضرورة تجسيد القانون المنظم لهذا النهج وإيجاد الآليات التي من شأنها تحديد الأهداف بوضوح لكل المتدخلين سواء مصالح الصحة أو مصالح الضمان الاجتماعي.
- المطلب الثاني: الأسس القانونية للتعاقد**

يبرز اللجوء إلى التعاقد دعوة المؤسسة الصحية إلى ممارسة مسؤوليتها كاملة فيما يخص التسيير، هذه المسؤولية التي وصلت إلى خط الانعدام في إطار التمويل الجرافي.

فكيف يمكن تكيف هذا الأسلوب من الناحية القانونية؟

هل يطبق عليه القانون الخاص المطبق على جميع العقود المدنية أم يطبق القانون العام؟ و إلى أي إختصاص قضائي يتم الإحتكام عند نشوب نزاع جراء هذه العلاقة؟

و كلمة تعاقدية مشتقة و أصلها عقد، و هو ما يفترض وجود علاقة تجمع على الأقل طرفين إتفقا من أجل إحداث أثر قانوني، و صحة العقد تفترض هي الأخرى إحترام مجموعة من الأركان و الشروط المنطوية في الأسس القانونية.

لقيام أي عقد يشترط توافر مجموعة من الأركان:

الفقرة الأولى: التراضي Consentement

و هو ما يعني وجود توافق بين أطراف العقد، و بخلاف الرضا الذي قد يؤدي معنى رضا طرف واحد و من ثم يظهر مفهوم التراضي بمعنى تبادل الإرادة عبر الإيجاب و القبول كأن يعبر الطبيب عن إرادته في القيام بخدمة (الإيجاب) و قبول المريض مكوته في عيادته (قبول) بالنسبة للتعاقد في مجال تمويل الصحة هذا الركن يتبين من خلال أطراف العقد و هم:

1 الممول Bailleur de Fonds

و هم الأشخاص الذين يتكفون بتمويل جزء من نفقات الصحة (الدولة، صناديق الضمان الاجتماعي).

2 صاحب الخدمة Prestataire de Service و هي مجمل الهيئات الإستشفائية (جامعية، قطاعات صحية، هيئت متخصصة).

3 مستهلكو الخدمات الصحية Client

و هم المرضى، و بلغة التسيير الحديث زبائن قطاع الصحة و لكن الإشكالية هي كيف يمكن لهذه الأطراف (الطرفين الأولين)تبادل الإيجاب و القبول؟ على أن كلا من الدولة و المستشفى ليس لهما وجود مادي كالشخص الطبيعي و من ثم إمكانية التعبير عن إرادة منتجة الأثر القانوني.

و الإجابة على ذلك: أننا أمام هيئات حقيقية حول لها المشرع الشخصية المعنوية التي تمنحها الأهلية اللازمة للتعبير عن إيراداتها لإحداث أثر قانوني و ذلك عبر الأشخاص الطبيعية التي تسييرها و تمثلها قانونا.

الفقرة الثانية: محل الإلتزام Obligation

يمثل محل الإلتزام جوهر العقد، و هو الأثر القانوني الذي قصد اطراف العقد إحداثه أي بمعنى

آخر العنصر المادي في العقد و يصنف محل الإلتزام إلى صنفين أساسيين:

التزام تعاقدية:

المبدأ الأساسي هو أن العقد شريعة المتعاقدين أي ما كان محل إتفاق، و يشترط فيه أن يكون موجود أو قابل للوجود، معين أو قابل للتعيين و أن يكون صالح التعامل فيه.

التزام غير تعاقدي:

الإلزام الذي ينشأ في هذه الحالة يخرج من إطار العقد شريعة المتعاقدين و يكون بموجب التشريع أو أحكام القضاء و هو ما إحتواه قانون المالية لسنة 1993 بخصوص العلاقة التعاقدية، و موضوع إلترام كل طرف الدولة و صناديق الضمان الإجتماعي تمويل الخدمات الصحية الإستشفائية إنطلاقا من بيانات تؤكد الحصول الحقيقي للخدمة مع تفصيل في الفئات المتكفل بها من كل طرف، تلتزم الهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمي إليها.

الفقرة الثالثة: السبب La Cause

يقصد بالسبب الباعث على التعاقد و يشترط أن يكون السبب مشروع بحيث يتماشى و متطلبات النظام العام (فلا يعطى مخدر بغرض الإدمان)، و السبب في منظور النهج التعاقدى يكمن في ضبط الأموال التي تقدمها الدولة و صناديق الضمان الاجتماعي و تدقيق عملية حساب الكلفة كما يكمن السبب في الخدمة الاجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها في إطار مفهوم المرفق العام. من خلال المعطيات التي تم استدعائها يتبين أننا بصدد عقد فرض بقوة التشريع لتجاوز سلبيات التمويل الجزافي الذي كان محل انتقاد من جميع الأطراف المعنية، فالممول يدفع أكثر مما يتعين عليه دفعه و صاحب الخدمة يرى أن الأموال المخصصة لا تغطي كل التكاليف، هذا فضلا عن عدم رضى الزبون. من ثم نخلص إلى النمط الجديد في تمويل قطاع الصحة هو عقد إذعان، فرضه المشرع على طرفين رئيسيين (الممول و صاحب الخدمة) و أي نزاع ينشب بينهما يعود فيه الاختصاص إلى القاضي الإداري.

المطلب الثالث: أهداف التعاقد.

اللجوء إلى التعاقد كنمط جديد في تمويل قطاع الصحة يهدف إلى تحقيق جملة من الأهداف التي من شأنها رفع فعالية قطاع الصحة الذي شهدت هياكله عدة اضطرابات في التسيير منذ تأسيس مجانية العلاج التي قلصت من حجم المسؤولية على مستوى المؤسسات الصحية من حيث كونها مؤسسة عليها بلوغ أهدافها بأقل وسائل ممكنة، فالدافع إلى التحكم في النفقات و كيفية تحصيل الموارد غائبين ما دام التمويل يضمه صندوق الضمان الاجتماعي و مساهمة الدولة عن طريق الدفع الجزافي.

نتج عن ذلك علاقة عكسية بين النفقات (ارتفاع مستمر) و الخدمات (في تدني مستمر) حيث قدرت نسبة الارتفاع بين سنتي 93 و 96 ب 19% على سبيل المثال.

و لوضع حد لهذا التناقض الصارخ تم التفكير في النهج التعاقدى كأسلوب جديد في تمويل المؤسسة العمومية للصحية الذي يبرره مبدئيا مجموعة من الأهداف هي:

الفقرة الأولى: التحكم في النفقات

يتعين على المؤسسة الصحية بلوغ الأهداف المسطرة بأقل تكاليف ممكنة و لهذه الفكرة هدفين هما:

- التأسيس لنمط تمويل عن طريق التعاقد من جهة، و التوجه تدريجيا نحو المبادرة الحرة و حرية المنافسة من جهة ثانية، هذا التحول من شأنه أن يوصل إلى ثلاثة نتائج مهمة هي:
- الدقة في التمويل: بحيث يتم على أساس حسابات دقيقة تحوصل مجمل الخدمات المقدمة و تكاليفها، بتوفر المعطيات الإحصائية و المحاسبة يمكن الوصول إلى مرجعيات لمعدلات الإنفاق و بذلك تسهل عمليات المقارنة، الضبط و التصنيف.
- حرية المبادرة و المنافسة التي من شأنها تحفيز المؤسسات العمومية إلى التفكير في تحسين نوعية الخدمات و تهيئة الظروف لجلب أكبر عدد ممكن من الزبائن .
- تشخيص التكاليف و عقلنة الإنفاق:

لا يقصد بالتشخيص هنا التكاليف الإجمالية الكلية و إنما ينبغي الوصول إلى معرفة تكلفة أبسط خدمة مؤداة، و ذلك يحتم تفويض أكثر للصلاحيات و المسؤوليات و الابتعاد عن المركزية على مستوى المؤسسة و يمكن الإنتظام في حلقات نوعية أو تنظيمات ثانوية تشتغل في جو تنافسي في إطار الأهداف المسطرة، أما عقلنة الإنفاق فتكون بالاستغلال الأمثل للموارد المتاحة مع إمكانية التوجه نحو التنازل المدروس لجهات خارجية في بعض المجالات كالحراسة و الإطعام و النظافة وفق دفتر شروط دقيق من شأنه ضمان النجاعة و الفعالية في تقديم الخدمات.

الفقرة الثانية: التحكم في بعض المؤشرات الصحية

تعتبر نسبة الاستشفاء من أهم المؤشرات الصحية، و بالتالي فإن عدم التحكم في هذا المؤشر يؤدي إلى الزيادة في حجم النفقات، فيتعين المراجعة الدائمة للاستعمال الفعلي للأسرة، و كأمر مكمل توفير وسائل التشخيص لتفادي طول المكوث دون جدوى و التسيير العقلاني للموارد البشرية و التفصيل الدقيق لكل وظيفة و التوصل إلى إنجاز استمارة المنصب **Fiche de poste** و عموما فإن أهداف التعاقد تدور حول المحاور التالية:

- تحقيق أكبر شفافية في العلاقات التي تربط بين ممولي و مقدمي العلاج، فمن غير المعقول ألا يعرف الطرف الممول الكيفية التي صرفت بها الأموال التي قدمها.
- تمكين هيئات الضمان الإجتماعي لمعرفة نوعية و كمية الخدمات الصحية المقدمة اجتماعيا فمن غير المعقول أن تستمر هيئة الضمان الإجتماعي في الإنفاق على مؤمنين و غير مؤمنين بما فيهم الأثرياء و المتهربين و غير المعرفين اجتماعيا من الممارسين على مستوى السوق الموازي وما يتبعه من تهرب ضريبي و تأميني.

الفقرة الثالثة: تحسين نوعية الخدمة

- إن التعاقد لا يمس فقط إجراءات التمويل و لكن نوعية العلاج و الإيواء و الإطعام من خلال الرقابة اللصيقة التي يضطلع بها الشركاء الممولين.
- يضاف إلى ذلك أن المجال يفتح تدريجيا للمبادرة الخاصة، و هذا من شأنه إيجاد منافسة بين قطاعين العمومي و الخاص و لو أن هذا الأخير يهدف إلى تحقيق الربح و استعداد لما يمثله القطاع الخاص من منافسة إنطلاقا من المرونة في التسيير و التكيف بتعيين على القطاع العام أن يولى أهمية لما يلي:
- سلوكات المعاملة و حسن الاستقبال و التوجيه.
- تطوير وسائل الاتصال بالمرضى و و ذويهم مع إطلاعهم على وضعيتهم قصد إسهامهم في تحقيق الأهداف التي تصبو إليها المؤسسة.
- التركيز على الجانب النوعي للعلاج مع احترام مبدأ التدرج.
- إرساء قواعد التواصل مع المحيط الذي غالبا ما ينتقص قيمة الخدمات التي يقدمها المستشفى بالإقناع قصد كسب ثقة الزبون مع انخراط كل المستخدمين و المتدخلين في هذا الموضوع.
- إرساء قواعد المرونة في التسيير و فسخ المجال أمام الكفاءات لتجسيد قواعد التسيير الحديثة.

المبحث الرابع: واقع النهج التعاقدى من خلال تجربة القطاع الصحي بحاسي مسعود.

في الأساس قاعة علاج تم التنازل عنها لشركة سوناطراك حيث قامت هذه الأخيرة بتحويلها إلى وحدة جراحية 18 سرير كطاقة إستشفائية، أضيف لها بناية كانت مقر للديوان الوطني للتوظيف لاستعمالها للفحص.

في سنة 1982 تم استرجاع المقرات من طرف وزارة الصحة و هيكلتها في قطاع صحي فرعي تابع للقطاع الصحي بورقلة ثم قطاع صحي مستقل سنة 1987 بموجب المرسوم رقم 230/87 المؤرخ في 27 أكتوبر 1987 المتضمن إنشاء القطاعات الصحية مرتبطة قاعة علاج البرمة التي تبعد 350 كلم. ما بين 1986 و 1988 بادرت البلدية بتسجيل عملية لبناء مستشفى بـ 120 سرير في إطار المخطط الخماسي إلا أن المشروع لم يتحقق.

بسبب ضيق البناية و لتلبية حاجيات المواطنين المتزايدة أدى بالبلدية إلى برمجة عملية ثانية في 1989 أطلق عليها توسيع المستشفى بطاقة 84 سرير. يغطي القطاع الصحي بحاسي مسعود مساحة مقدرة بـ 71237 كلم² أي 43.64% من مساحة الولاية و يغطي سكان بلديتي حاسي مسعود و البرمة بـ 63.769 ساكن.

المطلب الأول: النصوص التنظيمية للتعاقد

الفقرة الأولى: قائمة التكلفة الإستشفائية

وتتمثل في القرار الوزاري المشترك بين وزارتي الصحة والمالية والذي يحدّد طبيعة وقيمة الموارد الناتجة عن النشاطات الخاصة بالمؤسسات الصحية، والتي كانت جدّ واضحة إلاّ أن تطبيقها كان صعبا نظرا لبعض الضغوطات والعراقيل والجمعيات وبعض الأحزاب، إلاّ أنّ هذه القرار لم يفهم، رغم أنّ شركاء الممولين هم الذين يدفعون ذلك، أي ما دام أنّ هيئات الضمان الاجتماعي ومديرية النشاط الاجتماعي يدفعون اشتراكاتهم فلا يوجد أي مانع، كما أنّ تكفلهم سيكون أحسن ممّا كان عليه، وهو نفس الشيء الذي ينطبق على المواطن والممرّض والطبيب، لكن استحال تطبيقه واستمرت المؤسسات الصحية في تطبيق التعاقد باستخراج الفاتورة البيضاء وتحسين الاستقبال والتكفل بالمرضى بقيمة رمزية، كخطوة أولى تتبناها الأسرة الصحية.

الفقرة الثانية: تحديد الشرائح الاجتماعية

بعد معرفة طبيعة وقيمة الموارد التي تهم نشاطات المؤسسات الصحية، قامت الدولة كذلك بتحديد الشرائح الاجتماعية التي لها الحق في العلاج ضمن هذه السياسة الجديدة، والتي على إثرها وهو ما تجلّى في المرسوم التنفيذي رقم 12/01 المؤرخ في 29/01/2001 والذي يحدّد كيفية الدخول والعلاج لصالح المعوزين غير المؤمنين، واضعاً بذلك حدّاً للمد والجزر حول هذه الشريحة. والرسوم التنفيذية يبيّن أن العلاج داخل المؤسسات الصحية مقبول يكون لمن يحمل بطاقة تثبت هوية معوز غير مؤمن مصادق عليها من طرف مديرية النشاط الاجتماعي للولاية، وهذا بعد تقديم مكلف يضم الوثائق التالية:

- طلب المعني بالأمر
 - نسخة من شهادة عائلية.
 - شهادة ميلاد
 - شهادة عدم الخضوع للضريبة.
 - شهادة إقامة.
 - شهادة عدم الانتماء للصندوق الوطني للأجراء.
 - شهادة عدم الانتماء للصندوق الوطني لغير الأجراء.
 - شهادة عدم التسجيل في السجل التجاري.
 - تعهّد مقدم من طرف وزارة العمل والضمان الاجتماعي.
- هذا الملف يكملّ بنتائج تحقيقات الدرك الوطني، وهذا في ظرف شهرين، بناء على طلب مدير النشاط الاجتماعي للولاية.

كخلاصة نقول أنه بعد دراسة كل القوانين والتنظيمات التي أصدرتها الدولة من أجل تطبيق النظام التعاقد في المؤسسات الصحية نستنتج أن الدولة عازمة على تطبيق هذا النظام من أجل تمكين المؤسسات الصحية من الاستقلالية التامة من حيث الموارد المالية والبشرية، وبالتالي تطبيق كل المعايير الصحية العالمية.

المطلب الثاني: مسار النهج التعافدي

يبدأ سريان ملف المريض انطلاقاً من مصلحة الاستقبال لدى المؤسسة الصحية التي تتلقى بيان أو شهادة قبول المريض للاستشفاء.

1 إستقبال المريض:

بعد فحص المريض، يأذن الطبيب بفتح ملف المريض الذي يبدأ سريانه بمجرد دخوله المستشفى، إذ يقوم الطبيب بتأشير طلب الاستشفاء الذي يحتوي على المعلومات التالية:

- بالنسبة للممارس المشرف على المريض: يجب أن يلتزم بما يلي:

1. الإشارة إلى اسم المصلحة التي يخضع فيها المريض للعلاج، مثال: مصلحة الأمومة الطفولة - الطب الداخلي... الخ.

2. تبيان اختصاص المصلحة.

3. وضع أسماء، ألقاب ودرجات الممارسين الطبيين (البروفيسور، أستاذ مساعد، طب عام، مقيم).

- فيما يتعلق بالمريض:

1. كتابة اسم المريض بخط مقروء وبالحروف الأبجدية.

2. في حالة المرأة المتزوجة: يكتب اسمها ولقبها بالإضافة إلى لقب الزوج.

3. كتابة لقب المريض.

4. الإشارة إلى جنس المريض (ذكر أو أنثى).

5. إشارة إلى السن الكامل للمريض مثلاً: إذا كان المريض يبلغ من العمر 50 سنة

و 11 شهر يكتب 50 سنة فقط.

6. الإشارة إلى سبب الاستشفاء.

7. كتابة اسم ورقم القاعة التي يتوجه إليها المريض.

8. الإشارة إلى رقم السرير المخصص للمريض، والعمل على عدم تغيير المريض للسرير طيلة

إقامته.

9. الإشارة تاريخ بدء الاستشفاء بدقة.

- في حالة توجيه المريض:

فيما إذا حول المريض إلى غير المصلحة الأصلية التي أُنقِل فيها ينبغي مراعاة ما يلي:

أ- كتابة لقب، اسم ودرجة الطبيب الذي أشرف على عملية توجيهه و تحويل المريض إلى المصلحة المعنية.

- ب- وضع اسم المؤسسة الصحية التي وجه إليها المريض (طبيعتها: مركز الاستشفائي الجامعي . مركز استشفائي مختص، قطاع صحي أو عيادة خاصة.
- ج. تبيان اختصاص الوحدة أو المصلحة التي ينشط فيها الطبيب المعني بعملية التحويل.
- د. كتابة اسم الولاية ورمزها الجغرافي مثلاً: ورقلة 30.
- فيما يتعلق بحارس المريض:

ويتجلى هذا خاصة إن كان المريض قاصر ومصاب بأحد عوارض في الأهلية فينبغي مراعاة ما

يلي:

1. الكتابة الواضحة للقب بالحروف الأبجدية: وكذا اسمه.
 2. الإشارة إلى صلة القرابة التي تربطه بالمريض.
 3. كتابة العنوان الدقيق لحارس المريض.
 4. طلب رقم الهاتف في حالة توفره
 5. طلب بطاقة الهوية والإشارة إلى نوعها: رخصة سياقة، بطاقة التعريف الوطنية.
 6. تسجيل رقم، تاريخ ومكان تحرير بطاقة الهوية.
- بعد ملء طلب الاستشفاء الذي تقدم به المريض، يتحول فيما بعد الى مكتب القبول.

2 مكتب القبول:

تتمثل المهام المنوطة بمكتب القبول فيما يلي:

1 استقبال طلب الاستشفاء.

2 طلب التكفل: الذي يبقى على مستوى مكتب القبول لاستعماله لاحقة، ويضم العناصر التالية:

أولاً: من الهام جدا الإشارة مع وضع علامة في الخانة المناسبة إذا كان طلب التكفل:

- طلب أولي.

- طلب تمديد مدة البقاء في المستشفى.

- طلب التحويل من مصلحة إلى أخرى داخل المستشفى.

- طلب التحويل إلى مستشفى آخر.

ثانياً: الإشارة إلى اسم المؤسسة الإستشفائية المطالبة بضمان التكفل.

هام جداً: إعطاء أرقام تسلسلية لطلبات الاستشفاء، هذا الترتيب يسمح بتسهيل المراسلات مع هيئات

الضمان الإجتماعي.

ثالثاً: هيئات الضمان الإجتماعي الإشارة الى أي نوع من أجهزة الضمان الإجتماعي (CNAS, CASNOS) ينتمي المؤمن مع وضع علامة في الخانة المناسبة في حالة ما إذا كان المؤمن منخرط في جهاز آخر غير هذين الجهازين، يكتب بخط واضح إسم هذا الجهاز في عبارة (Autres).
رابعاً : الإشارة إلى اسم الوكالة (الجهة أو الولاية) أين يتواجد صندوق إشتراك المؤمن.
خامساً: المؤمن:

- هذا القسم يخص المؤمن الذي قد يكون المريض بذاته أو من ذوي الحقوق.
1. الإشارة بوضوح إلى ألقاب و أسماء المؤمن بالحروف الأبجدية و كذا تاريخ ميلاد المؤمن.
2. كتابة رقم الاشتراك في الضمان الإجتماعي. (Immatriculation).
3. وضع العنوان الدقيق ولاية إقامة المؤمن.
4. كتابة رقم هاتف المؤمن إن كان متوفر.

سادساً: المستخدم:

1. الإشارة إلى عنوان واسم الشركة (البريد و المواصلات،سونلغاز..) أو اسم المستخدم في عدم وجود شركة.
2. كتابة رقم انخراط المستخدم في الضمان الإجتماعي.
3. تحديد العنوان الصحيح للمستخدم.
4. تحديد الولاية التي ينتمي إليها المستخدم.
5. تسجيل رقم الهاتف و الفاكس.

سابعاً : الفئات الخاصة:

- الإشارة إذا كان المريض: معوق، عاجز، طالب...
و في حالة ما إذا لم يكن ينتمي إلى الفئات الثلاثة المذكورة أعلاه يسجل في خانة Autres.
ثامناً: المريض (ة):

1. تسجل الألقاب (بالحروف الأبجدية) الاسم، تاريخ الميلاد.
 2. تحديد صلة قرابة المريض بالمؤمن و وضع علامة في الخانة الملائمة.
 3. وضع علامة في الخانة التي تتناسب مع صنف المصلحة التي يتلقى العلاج بها.
 4. تسجيل بداية عملية الاستشفاء:
- تبيان سبب الاستشفاء، المبين في طلب الاستشفاء الذي تقدم به المريض.
- تسجيل تاريخ سريان عملية التحويل من مصلحة الاستشفاء إلى مصلحة أخرى داخل نفس المستشفى.

- تحديد مدة بقاء المريض في المصلحة التي حول إليها.
 - تبيان المصلحة التي حول إليها.
 - كتابة تاريخ عملية التحويل.
 - تحديد مدة بقاء المريض في المستشفى الذي حول إليه المريض، إن تمت عملية التحويل خارج المستشفى الأصلي
- وهناك إطار خاص بجهاز الضمان الاجتماعي حسب الاتفاقية المبرمة مع المؤسسة الصحية. وعند استلام طلب التكفل، يقوم مكتب القبول بالتركيز على بطاقة الضمان الاجتماعي: وهنا يجب أن التدقيق فيما يلي:
- في حالة ما إذا كان المريض من ذوي الحقوق لمؤمن اجتماعي **Ayant Droit d un'assuré Social**، يجب أن يرفق الوثائق اللازمة التي تخص المؤمن.
- أما في حالة ما إذا كان المريض ليس مؤمن و لا من ذوي الحقوق للمؤمن الاجتماعي، و لم يكن من فئة المعوزين الذين تتكفل بهم الدولة، فعندئذ يتكفل المريض بنفسه بخصوص نفقات الاستشفاء ، مع تسجيل المعلومات الضرورية المتعلقة بمهنة المريض.
- كما يقوم مكتب القبول بالتدقيق في مذكرة القبول **Bulletin d'admission** هذه الأخيرة التي نجد فيها أربعة عناصر أساسية:
- أولاً: هوية المريض:** و تضم المعلومات التالية:
1. رقم مذكرة القبول.
 2. تحديد طبيعة المريض إن كان مؤمن أو من ذوي الحقوق.
 3. تحديد جنسية المريض.
 4. كتابة لقب و اسم المريض.
 5. أخذ لقب الأم وأب المريض.
 6. تسجيل تاريخ و مكان ميلاد المريض: اليوم، الشهر والعام.
 7. ذكر دليل الولاية التي ولد بها المريض.
 8. مهنة المريض.
 9. عنوان إقامة المريض.
 10. تدوين اسم و لقب الشخص الذي يتصل به المستشفى في حالة الضرورة.
 11. تدوين رقم الهاتف إذا وجد.
 12. عنوان الشخص المعني.

13. مكان إقامة الشخص المعني و الدليل الولائي.

ثانيا: هوية المؤمن: ويشمل المعلومات الآتية:

1. رقم اشتراك المؤمن.
2. رقم طلب التكفل من قبل الضمان الإجتماعي.
3. اسم و لقب المؤمن الإجتماعي.
4. تاريخ ميلاد المؤمن.
5. مهنة المؤمن.
6. عنوان إقامة المؤمن.
7. الإشارة إذا كان المريض: معوق، عاجز أو طالب.

ثالثا: الاستشفاء

- . كتابة اسم المصلحة التي يعالج فيها المريض.
- . كتابة تاريخ دخول المريض إلى المصلحة.
- . تسجيل ساعة الالتحاق المريض بمصلحة الاستشفاء.
- . تدوين رقم القاعة التي يقيم فيها المريض.
- . تسجيل اسم و لقب الطبيب المعالج.
- . بيان طريقة دخول المريض إلى المستشفى.
- . تدوين رقم طلب التكفل *Prise en Charge*.
- . تسجيل المؤسسة الصحية الأصلية التي كان يعالج بها قبل التحاقه بالمستشفى.
- . تسجيل دليل الولاية التي يتواجد بها المستشفى.

رابعا: في حالة الحوادث:

- . تبيان نوعية الحادث بوضع علامة في الخانة المناسبة.
- . تسجيل تاريخ حدوث الحادث (اليوم، الشهر و السنة).
- . تسجيل ساعة وقوع الحادث.
- . تدوين مكان حصول الحادث.
- . توضيح الطريقة التي أوصل بها المريض إلى المستشفى (سيارة الإسعاف، الحماية المدنية).
- . تسجيل كل المعلومات المتعلقة بوسائل النقل التي تكفلت بإيصال المريض إلى المستشفى.
- . تبيان السلطة المكلفة بالتحقيق (الشرطة القضائية، الدرك الوطني...).

. بالإضافة الى مذكرة القبول يتولى مكتب القبول التحري في بطاقة القاعة وفي إطار عمله يحتفظ مكتب القبول بالوثائق والبيانات التالية:

- طلب الإستشفاء.

- طلب التكفل.

- مذكرة القبول.

و في الأخير يقوم مكتب القبول بتحويل كل من بطاقة القاعة، ورقة المتابعة **Fiche Navette**، التي تتكون من 08 صفحات و تعد بمثابة الملف الطبي للمريض، وتتبع المريض في كل التحويلات، ويجب أن توضع داخل ظرف محكم بغية حماية هذه الوثيقة الهامة من مختلف أشكال الإتلاف و التزوير.

3 مصلحة الاستشفاء:

يقوم المراقب الطبي رئيس المصلحة باستقبال المريض:

- استلام بطاقة القاعة و ورقة المتابعة.

- يقوم بملء الصفحة الأولى من ورقة المتابعة، التي تخص الشخص المعالج وكذا حركة تنقله داخل المستشفى.

- كما يقوم المراقب الطبي بفتح ملف المريض المعالج، وأن يقوم بإدراج وتسيير ورقة المتابعة وبطاقة القاعة التي تبقى بصفة نهائية داخل المصلحة.

- يوجه المريض إلى القاعة والسريير المخصص له.

- يشرف على ورقة المتابعة، بكل ما تحتويه من معلومات تخص المريض مع العناية بمختلف الجداول التي تتضمنها.

ملاحظة: سواء تعلق الأمر بمصلحة الاستقبال أو التحويل، يجب أن يسهر على ما يلي:

- مراقبة المريض في كل الأعمال و التدخلات الطبية، شبه الطبية والفحوصات التي تلقاها.

- يجب أن يكون على علم بالأدوية التي وصفت للمريض.

- في حالة تزامن الأعمال الطبية شبه طبي، الفحوصات وكذا الأدوية في بطاقة المتابعة، تضبط هذه الأخيرة على أساس الشهادات و البيانات الموجودة.

4 مصلحة التحويل:

في حالة تحويل المريض الى عدة مصالح أخرى داخل المستشفى، بغية الحصول على علاج خاص، ورقة المتابعة يجب أن تتبع إجباريا المريض، وتسجل كل التدخلات الطبية والإسعافات التي تلقاها المريض داخل المصلحة المستقبلة.

5 خروج المريض:

خروج المريض يتم عبر طريقتين:

- الحالة الأولى: إذا تمت عملية الاستشفاء المريض داخل مصلحة الاستقبال، نؤشر ورقة المتابعة في هذه حالة من طرف رئيس المصلحة.
- الحالة الثانية: إذا تمت عملية العلاج في مصلحة أخرى غير المصلحة التي تلقى فيها العلاج الأولي، نؤشر ورقة المتابعة من قبل رئيس مصلحة الأخيرة، أي التي حول إليها المريض ، وذلك بعد إستشارة رئيس المصلحة المستقبلية.

6 مكتب القبول:

تحول ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة حسب الحالتين المذكورتين أنفا الى القبول بالمستشفى بغية فوترة العلاج وبخصوص عملية الفوترة هذه هناك إجراءات يجب إتباعها: بعد ملء ورقة المتابعة من قبل كل الممارسين المتدخلين: ونقصد هنا تسجيل كل التدخلات الطبية، شبه طبية، وكذا الأدوية التي تناولها المريض ونشير هنا إلى نقطة هامة بخصوص الأدوية، و في حساب الكميات المستهلكة من قبل المريض بالإضافة إلى المصاريف التي تخص التدخلات التكميلية الأشعة التحاليل... إلخ.

بعد انتهاء من ملء صفحات ورقة المتابعة (الأعمال الطبية شبه الطبية، و الأشعة، الأدوية) يتم تلخيص ما جاء فيها في شكل فاتورة ترسل إلى الجهة المؤمنة الموافقة على طلب التكفل من أجل المخالصة و التحصيل في أجل لا يتعدى الثلاثة أشهر إلا أن هذه العملية مازالت في إطار التجربة.

المطلب الثالث: النظام التعاقدى بلغة الأرقام

الفقرة الأولى: طلبات التكفل ونسب استجابة هيئات الضمان الإجتماعي

الجدول رقم: 21

طلبات التكفل ونسب إستجابة هيئات الضمان الإجتماعي

طلبات التكفل المحررة		طلبات التكفل المقبولة		طلبات التكفل غير المقبولة		طلبات التكفل الباقون دون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
1285	46.56%	563	43.81%	302	23.50%	420	32.68%
1131	41.04%	436	38.55%	434	38.37%	261	23.08%
342	12.40%	/	/	/	/	/	/
2758		999		736		681	

المصدر برنامج Patient 2006 القطاع الصحي حاسي مسعود

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد المرضى الذين تم قبولهم على مستوى حاسي مسعود في سنة 2005 بلغ 2758 مريض بمجموع أيام استشفاء بلغ 8291 يوم بلغت تكلفة هذه الأيام 42.690.551.66 دج من ميزانية 2005 يقابلها 45.354.00.00 دج مجموع ما تمت فوترته حسب برنامج patient كما هو موضح بالجدول رقم 22.

الفقرة الثانية: تكلفة الاستشفاء والمداخيل حسب نظام التعاقد

وفيما يخص تكاليف الإستشفاء ومختلف المداخيل حسب نظام التعاقد فإنه على مستوى الطب الداخلي سجلت خسارة مقدرة بـ 6.251.152.20 دج كنتيجة منطقية لسعر الوحدة الذي بلغ 6.678.30 دج في حين تتم الفوترة على أساس 4000.00 دج. على مستوى مصلحة طب الأطفال نسجل خسارة مقدرة بـ 2.154.429.84 دج و هي نتيجة منطقية لسعر الوحدة الذي بلغ 5.541.08 دج في حين تتم الفوترة على أساس 4000.00 دج (متوسط السعر الإستشفائي)، فعلى مستوى هذين المصلحتين و إنطلاقاً من المؤشرات المذكورة يجب إتخاذ إجراءات تصحيحية قصد معالجة الاختلال بين سعر الوحدة و وحدة الفوترة.

على مستوى قسم الجراحة نسجل ربح مقدر بـ 1.582.837.15 دج إنطلاقاً من أن سعر وحدة التكلفة هو 4.935.55 دج في حين أن سعر الفوترة 6.000.00 دج على مستوى قسم الولادة يسجل ربح يقدر بـ 9.486.182.40 دج إنطلاقاً من سعر وحدة التكلفة هو 3.912.05 دج في حين أن سعر الفوترة 7.000.00 دج بالمقارنة بين ما هو تكلفة و مداخيل:

$45.354.000.00 - 42.690.551.66 = 2.663.448.34$ دج نظرياً هذه النتيجة تعبر عن ربح للمؤسسة و كان ذلك كالنتيجة لنشاط مصلحتي قسم الولادة و الجراحة العامة مقارنة بمصلحتي الطب الداخلي و طب الأطفال.

وفي مايلي جدول تفصيلي يوضح ذلك:

الفقرة الثالثة: توزيع المداخل حسب نسب الاستجابة لدى هيئات التأمين

سبقت الإشارة إلى أن المبلغ المتحصل عليه نظرياً من عملية التعاقد (الفوترة) لسنة 2005 هو 45.350.000,00 دج غير أن واقعياً الأمر خلاف ذلك بفعل أن ليست كل طلبات التكفل يتم قبولها من طرف هيئات الضمان الإجتماعي و لذلك أثره على تحصيل الموارد.

فصندوق الضمان الإجتماعي و مديرية النشاط الاجتماعي لم يقبلا على التوالي إلا 43.81% و 38.55% من طلبات التكفل الموجه إليهما:

الجدول رقم: 23

توزيع المداخل حسب نسب الإستجابة لدى هيئات التأمين

القطاع	مبلغ طلبات التكفل المقبولة	مبلغ طلبات التكفل الغير مقبولة	مبلغ طلبات التكفل الباقون دون إجابة
الضمان الإجتماعي	14 015 547,10	7 518 108,75	10 455 647,93
مديرية النشاط الإجتماعي	3 444 573,44	3 428 772,65	2 062 003,83
المجموع	17 460 120,55	10 946 881,40	12 517 651,76

المصدر برنامج Patient 2005 القطاع الصحي حاسي مسعود

الجدول رقم: 24

توزيع المداخل حسب المصلحة و المدين

الضمان الإجتماعي	%	التضامن	%	الخواص	%	المجموع
الطب الداخلي	63,40	2 476 317,07	26,52	940 241,46	10,07	9 336 000,00
طب الأطفال	62,76	1 364 177,42	24,40	718 166,13	12,84	5 592 000,00
جراحة عامة	68,62	1 303 053,47	14,60	1 496 731,36	16,78	8 922 000,00
قسم الولادة	76,44	3 791 801,95	17,63	1 274 207,34	5,93	21 504 000,00
المجموع	69,94	8 935 349,92	19,87	4 429 346,30	10,20	45 354 000,00

المصدر برنامج Patient لسنة 2005 القطاع الصحي حاسي مسعود

باستغلال الجدولين أعلاه رقم 23 و 24 نصل إلى مايلي فمن مبلغ إجمالي قدره 45.354.000,00 دج لا نحصل إلا على مبلغ 17.460.630,55 دج و الفرق بينهما 27.889.369,45 دج يبقى محل تنازع بين المستشفى و المعنيين من المرضى و هيئات الضمان الإجتماعي.

الفقرة الرابعة: تكلفة الإستشفاء بمصلحة الإستعجالات (حساب الكلفة) و المداخل حسب تجربة نظام التعاقد

الجدول رقم: 25

تكلفة الإستشفاء بمصلحة الإستعجالات (حساب الكلفة) و المداخل حسب تجربة نظام التعاقد

الفرق	التكلفة	م.س.ي.إ.	التكلفة	الوحدة	ع.أ.إ.	عدد المقبولين	
11 414 991,06-	12 430 000,00	5 000,00	23 844 991,06	9 591,71	2486	3332	جناح الإستعجالات
11 414 991,06-	12 430 000,00	//	23 844 991,06	//	2486	3332	المجموع

المصدر: حساب الكلفة 2005 و معطيات برنامج Patient 2005 القطاع الصحي حاسي مسعود.

و من الإشكاليات التي تواجه التعاقد التكفل بالمرضى على مستوى الاستعجالات، فعلى مستوى مصلحة الاستعجالات حاسي مسعود تم استقبال 3332 مريض سنة 2005 بتكلفة إجمالية مقدرة ب: 23.844.991.06 دج و بمداخل حسب تجربة التعاقد مقدرة بـ 12.430.000.00 دج أي بفارق 11.414.991.06 دج و ذلك يمثل قيمة الخسارة على مستوى المصلحة علما أنه إلى اليوم لم يتم الفصل في كيفية التعاطي مع الاستعجالات الطبية الجراحية في إطار التعاقد.

الفقرة الخامسة: تكاليف المصالح الأخرى

الجدول رقم: 26

تكاليف أخرى

المجموع	الخدمات الاجتماعية	الوقاية	المقتصدية	الإدارة	التكلفة
33 280 269,56	89 884,55	9 850 998,71	12 973 204,80	10 366 181,50	

المصدر: حساب الكلفة 2000 القطاع الصحي حاسي مسعود

تكلفة مصلحة الوقاية لسنة 2006 هي 9.850.998.71 دج لسنة 2005 (لسنة 2005 نفقات الوقاية تتكفل بها الدولة) و يبقى السؤال الذي يطرح نفسه بالحاح:

ما موقع النشاط الخارجي للمصالح الإستشفائية في تجربة التعاقد و التي وصل استهلاكها إلى 32.270.925.15 دج ؟

و في نفس الملاحظة بالنسبة لمصالح الإدارة و الخدمات الأخرى التي استهلكت مبالغ معتبرة سنة 2005 و المبينة في الجدول رقم 41 أعلاه لنصل إلى سؤال مركزي هل تسيير مصلحة تصل مداخيلها إلى 45.354.000.00 دج تكلف كتلة أجرية و صلت سنة 2005 إلى 99.793.778.37 دج هذه الوضعية غير صحية و تطرح أكثر من علامة استفهام عن حجم الموارد البشرية مقابل النتائج المنتظرة و الأمر يتعدى حجم الموارد البشرية إلى وسائل التسيير الحالية فيما يعرف بمخطط تسيير الموارد البشرية و ربما يصل الأمر للوضع القانوني للمؤسسة الصحية في حد ذاتها لنصل من خلال هذه الدراسة إلى غموض كبير لازال يكتنف النهج التعاقدية.

خاتمة الفصل الثاني:

إن منظومة الضمان الإجتماعي جزء لا يتجزأ من السياسة الاقتصادية للبلاد، فدوره في التنمية جد ضروري، وكل تذبذب في هذه المنظومة، يؤثر حتما على التوازن العام للاقتصاد الوطني. ومع عدم قدرة الدولة تمويل النفقات المتزايدة للصحة، وعجز الحماية الاجتماعية، إضافة إلى التحولات الاقتصادية العميقة التي عرفها الاقتصاد الوطني، فقد تحمل صندوق الضمان الإجتماعي، ولفترة طويلة خاصة منذ 1974 معظم التكاليف والنفقات الوطنية للصحة. كل هذه العوامل تشكل تهديدا حقيقيا للتوازن المالي للصندوق خاصة وأننا نعلم مساهمة الضمان الإجتماعي كانت في شكل جزافي يحدد كل سنة في قانون المالية. وكننتيجة لهذا كان على المنظومة الوطنية للصحة أن تستجيب لما تعرضه المرحلة الجديدة من متطلبات، وكذا التكاليف مع المستجدات المعاصرة، وكل هذا بغية تحسين وترقية تقديم الخدمات الصحية، وترشد استعمالها.

خاتمة

لم يعرف النظام التمويلي تطور ملفت منذ السبعينيات، كما أن مجانية العلاج و التكفل بكل الشرائح مهما كان وضعها الاجتماعي و الإقتصادي كان له أثر إيجابي على مختلف المؤشرات الصحية، فقفز متوسط العمر من 47 سنة في 1962، إلى 73,4 سنة في 2002 و اضمحلت الأمراض الوبائية و الفتاكة إلى حد مرضي، و ازدهرت حماية الأمومة و الطفولة و حققت نتائج معتبرة في إطار الأمراض المراقبة عن طريق التفقيح.

إلا أن النفقات المتزايدة لقطاع الصحة مقابل تردي في نوعية الخدمات، في مناخ عرف بتحولت عميقة على المستوى الاجتماعي و الإقتصادي، دون أن تساير كذلك إجراءات في طرق التمويل و التسيير و التقييم، فالصعوبات الإقتصادية إنجر عنها تدحرج حصة قطاع الصحة من الناتج الداخلي الخام من 3,6% سنة 1987، إلى 1,3% سنة 2003، و بدا أن لا أحد راض على مستوى الأداء الصحي سواء الوزارة الوصية، المنتفعين أو المرتفقين و حتى المسيرين.

و في إطار إعادة النظام للبيت الصحي طرح النظام التعاقدية كنهج جديد في تمويل المؤسسة الصحية، حيث نصت قوانين المالية المتلاحقة منذ 1993 على أن تمويل المؤسسات الصحية يتم على أساس تعاقدية بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي و حدد مجال تدخل الدولة في أنشطة الوقاية- التكوين - البحث العلمي و التكفل بالمعوزين إلا أن تجسيد ذلك إعترضه عدة عقبات على أصعدة مختلفة و متنوعة.

فالمؤسسات الصحية لم تكن مؤهلة هيكليا و فنيا لتطبيق هذا النهج بفعل التخلي و إهمال مكتب القبول الذي كان قبل سنة 1973 المصلحة الأساسية في تحصيل موارد المؤسسة، فكان لزاما أن تتخذ كل الإجراءات لتهيئته و تأهيله، يضاف إلى ذلك صعوبة إدماج الموارد البشرية و مختلف المتدخلين في العملية و كان ذلك على حساب عنصر الزمن و بقي الأمر رهين التجارب و عمل اللجان على المستوى المحلي و الوطني قصد الخروج بالحلول الناجحة و الملائمة.

كما أن هيئات الضمان الاجتماعي (صندوق الضمان الاجتماعي للأجراء و صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء) يساير في العملية و كأنه مراقب لها و ليس طرفا فاعلا فيها.

فالأولى لا تسيطر على العدد الحقيقي للمؤمنين لديها مع غياب بطاقة محلية أو وطنية تسهل المهمة، أما بالنسبة لصندوق غير الأجراء المنتسبين وضعياتهم إتجاهه غير مسواة بفعل السوق الموازية و يبقى المستشفى يقدم العلاج و التحصيل مؤجل إلى حين وضوح الرؤية.

فيما يخص المعوزين، بمحاولة المضي قدما، وجدنا أنفسنا أمام صعوبة في تعريف المعوز مع إهمال الموضوع من طرف البلديات و المواطنين بدعوى التعقيدات الإدارية في إطار التجربة يبقى التحصيل مؤجل و يؤشر إلى صعوبات جمة هذا فضلا عن عابري السبيل، و الوضعيات غير القانونية للتجسيد الفوري لنظام التعاقد.

و من الصعوبات التي تعترض النظام التعاقد، إنشطار الحماية الإجتماعية بين وزارتين مختلفتين (العمل و الضمان الإجتماعي و التضامن الوطني) و ذلك يوقع عبئ الوصول إلى الإنسجام و التنسيق على عاتق وزارة الصحة و المؤسسات التابعة لها.

هذا فضلا على أن التأمين على المرضى مكلفة به وزارة غير وزارة الصحة وبالتالي التآرجح بين منطقتين مختلفتين أحدهما تأميني و الآخر تضامني الأول فريق إجتماعي منتج و الآخر مقصى مستفيد من تضامن الضريبة و تم التفكير في نظام حماية شامل أضحى أكثر من ضرورة.

بين الواقع المعاش و آخر نتطلع إليه هناك فجوة أداء و فجوة عطاء و فجوة منظومة إجتماعية و إقتصادية يقع على المورد البشري الجزء الأكبر مسؤولية تدليلها.

و إذا كان نظام التعاقد يهدف إلى تحقيق نتائج بشرط يرضي كل الأطراف فليس هناك حاجة إلى الإستثناءات بقدر الحاجة إلى ضمانات حسن التنفيذ وفق دفتر الشروط و سرعة التدخل و إيجاد البدائل في حالة ظهور مؤشرات العجز و القصور.

وسعيا لمواجهة المشاكل المتعلقة بالتمويل، وكذا تحقيق الأهداف الثلاثة الرئيسية للنظام الصحي، والمتمثلة في: تكييف العرض مع الطلب، تحسين نوعية العلاج، تقليص الفوارق للوصول عليه فإننا نقترح:

- البحث عن مصادر تمويل جديدة للمنظومة الصحية، من خلال استرجاع جزء من الجباية المحلية، والرفع من مساهمة التأمينات الإقتصادية.

- إعطاء مضمون واقعي للتعاقد، من خلال مراجعة قائمة الأعمال الطبية و التسعيرات.
- إعادة التعرف بطريقة دقيقة، من طرف وزارة التضامن على الأشخاص المعوزين، وعلى أساليب التكفل المالي بهم وفق المعايير المحددة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.
- الحرص على أن تخضع جميع المؤسسات الصحية للرقابة اللاحقة فقط وذلك طبقا للتنظيم المعمول به.
- تحرير المبادرات الهادفة للحصول على موارد خاصة في إطار مهام المستشفى، وإدخال الموارد المحصلة ضمن الميزانية.
- وضع مخطط محاسبي للمستشفى.
- الترخيص للمستشفيات بإبرام عقود خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية.
- إعفاء المستشفيات من الرسم الجمركي المتعلق بالعتاد الطبي.
- التحول من نظام يتميز بتمويل الهياكل إلى نظام تمويل النشاطات، مع تقوية الإجراءات الموجودة لحساب التكاليف، وذلك بتقوية التدرج وشبكات العلاج كوسيلة و للتحكم في التكاليف.
- تخصيص ميزانية خاصة بالهياكل الجوارية مستقلة عن ميزانية القطاع الصحي.

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
19	عدد الأطباء الاختصاصيين حسب كل مؤسسة (إحصائيات سنة 2004)	الجدول رقم 01
19	عدد الأطباء العاميين حسب كل مؤسسة (إحصائيات سنة 2004)	الجدول رقم 02
19	عدد جراحي الأسنان حسب كل مؤسسة (إحصائيات سنة 2004)	الجدول رقم 03
20	اتطور عدد الممارسين شبه الطبيين	الجدول رقم 04
20	تطور عدد الإداريين وأعاون المصالح والتقنيين	الجدول رقم 05
52	الاحتياجات المالية المقدره للفترة 2010/2004 للهياكل الإستشفائية و غير الإستشفائية	الجدول رقم 06
54	التقدير المالي لاكتساب التجهيزات الثقيلة خلال الفترة: 2005 – 2010	الجدول رقم 07
54	تقدير المشاريع الجاري بها الإنجاز و التي لم تتجز بعد	الجدول رقم 08
56	طور نسبة التغطية الطبية للفئات الثلاثة خلال الفترة 1996-2010	الجدول رقم 09
56	تطور نسبة تغطية القاعدة الصحية خلال الفترة 2001-2010	الجدول رقم 10
57	التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية	الجدول رقم 11
58	التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية	الجدول رقم 12
58	تقديرات احتياجات التغطية الصحية إلى غاية 2010	الجدول رقم 13
59	تقديرات احتياجات التغطية الصحية إلى غاية 2010	الجدول رقم 14
61	المؤشرات الاقتصادية للفترة 1991-2004	الجدول رقم 15
62	طور ميزانية تسيير المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالموارد	الجدول رقم 16
63	تطور ميزانية تسيير المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالنفقات	الجدول رقم 17
66	تقسيم الميزانية عتى أساس عناوين النفقات	الجدول رقم 18
68	تطور نفقات التكوين	الجدول رقم 19
74	نفقات الميزانية حسب العناوين	الجدول رقم 20
59	تطور نسبة التغطية الطبية للممارسين العاميين خلال الفترة 1996/2010	الجدول رقم 21
59	تطور نسبة القاعدة الصحية خلال الفترة 2001/2010	الجدول رقم 22
60	التغطية الصحية الخاصة بالأسرة الإستشفائية	الجدول رقم 23
61	تقديرات الإحتياجات المتوقعة للأطباء الى غاية 2010	الجدول رقم 24
61	تقديرات الإحتياجات التغطية الصحية الى غاية 2010	الجدول رقم 25
62	تقديرات الإحتياجات من الأسرة الى غاية 2010	الجدول رقم 26
64	المؤشرات الإقتصادية للفترة 1991/2004	الجدول رقم 27
65	تطور ميزانية التسيير المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالموارد	الجدول رقم 28
66	تطور ميزانية التسيير المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالنفقات	الجدول رقم 29

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
الجدول رقم 30	تقسيم الميزانة على أساس عناوين النفقات	69
الجدول رقم 31	تطور نفقات التكوين	71
الجدول رقم 32	نفقات الميزانية حسب العناوين	77
الجدول رقم 33	الأنشطة الإستشفائية باقطاع الصحي بحاسي مسعود	112
الجدول رقم 34	أنشطة جراحة الأسنان	113
الجدول رقم 35	أنشطة الوحدات الخارجية	113
الجدول رقم 36	طلبات التكفل ونسب إستجابة هيئات الضمان الإجتماعي	121
الجدول رقم 37	تكلفة الإستشفاء والمداخيل حسب تجربة نظام التعاقد	123
الجدول رقم 38	توزيع المداخيل حسب نسب الإستجابة لدى هيئات التامين	125
الجدول رقم 39	تكلفة الإستشفاء بمصلحة الإستعجالات، الكلفة والمداخيل حسب نظام التعاقد	127
الجدول رقم 40	تكاليف أخرى	128

المراجع

مراجع بالعربية:

الكتب بالعربية:

- 1- حسان نذير حرشاني ، إدارة المستشفيات ل، مطابع معهد الإدارة العامة للبحوث ، 1990.
- 2- فنى دونالد، مدخل لإقتصاد الصحة، منشورات جون ليبي، لبنان 1991
- 3- فرد دستون، بوجين يجرب، التمويل الإداري، ترجمة عدنان الدرغستاني، عبد الفتاح السيد النعماني، دار المريخ لنشر، الجزء الأول، الرياض .1993
- 4- سمير عبد العزيز، التأجير التمويلي، مطبعة الإشعاع الفنية، الطبعة الأولى الإسكندرية، 2001.
- 5- محمد فلکوس، الموازنات التقديرية أداة فعالة لتسيير، ديوان المطبعت الجامعية، الجزائر .2000
- 6- محمد بلقاسم حسن بهلول، سياسة تخطيط التنمية وإعادة مسارها في الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 7- يخزر يعدل فريدة، تقنيات وسياسات التسيير المصرفي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر .2000
- 8- منير الهندي، الفكر الحديث في مصادر التمويل، توزيع منشأة المعارف الإسكندرية، .1998
- 9- طاهري حسين، الخطأ الطبي والعلاجي في المستشفيات العامة، دار هومة، الجزائر 2000.

رسائل الماجستير:

- 1- علواني عديلة، تقييم أثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة بسكرة .2004
- 2- بار جميلة، أزمة النفقت العمومية في القطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير، الجزائر .1994
- 3- بويوسف عصام الدين زهير، نظام تسيير المستشفيات في الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، الجزائر .1994
- 4- زيدان سناء، إدارة ومالية المؤسسات الإستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، الجزائر، .2002
- 5- زمية خدوجة ، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، الجزائر، 1999.
- 6- بوليبار رياض، أثار الإصلاحات الإقتصادية على الإنفاق في المنظومة الصحية، رسالة ما بعد التدرج، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 2001

الدورات والمقالات:

- 1- خير الدين بن سلطان، مقال بعنوان: إصلاح التنظيم الصحي، مجلة: إدارة، المدرسة الوطنية للإدارة العدد1، سنة 1992.
- 2- جريدة الشعب، السبت 6ديسمبر 1987، مقال بعنوان المؤسسات العمومية للصحة، قوانين أساسية جديدة.
- 3- جريدة الشعب، السبت17فيفري 2001، مقال بعنوان أو الضمان الإجتماعي: رفض التعويض.
- 4- ص.ح، جريدة الخبر، الخميس 20 ماي 2004 العدد، 4091.
- 5- ف. زكرياء، جريدة الخبر، السبت12 جوان 2004، العدد4110.

القوانين و التنظيمات (حسب الترتيب الزمني)

- 1- الأمر رقم 66-133 المؤرخ في 02/06/1966 و المتضمن القانون العام للتوظيف العمومي.
- 2- الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية.
- 3- الدستور الجزائري لعام 1976.
- 4- الأمر رقم 76-79 المؤرخ في 23 أكتوبر 1976 المتضمن قانون الصحة العمومية.
- 5- القانون 84-17 المؤرخ في 07/07/1984 المتعلق بقوانين المالية.
- 6- قانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتضمن قانون الصحة العمومية
- 7- دستور الجزائر لعام 1989.
- 8- القانون رقم 90-21 المؤرخ في 15/08/1990 المتضمن قانون المحاسبة العمومية.
- 9- مرسوم تنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.
- 10- مرسوم تنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها.
- مرسوم تنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء المراكز الإستشفائية الجامعية و تنظيمها و سيرها.
- 11- التعلية رقم 03 المتعلقة تقييم و سير مكتب الدخول المؤرخة في 07 ديسمبر 2000.
- 12- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26/02/2002 الذي يحدد طبيعة و قيمة الموارد المتأتية من النشاطات الصحية.

- 13- التعليم الوزارية المؤرخة في 14 جانفي 2003 المتضمنة جعل حيز التنفيذ العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية و التأمين و مديريات النشاط الاجتماعي للولايات.
- 14- القرار الوزاري المؤرخ في 14 جانفي 2003 المتضمن إنشاء اللجنة الوزارية المكلفة بالمتابعة و تقييم مدى تنفيذ تعاقد العلاقات ما بين المؤسسات العمومية الصحية و المؤسسات الأخرى(التأمين، مديرية النشاط الاجتماعي).
- 15- القرار الوزاري المؤرخ في 14 جانفي 2003 المتضمن إنشاء و تكوين اللجنة الوزارية ما بين المقاطعات الولاية المكلفة بالمتابعة و التقييم لمدى تنفيذ تعاقد و علاقته مع المؤسسات الأخرى.
- 16- التعليم الوزارية المشتركة المؤرخة في 18 أكتوبر 2005 المتعلقة بكيفيات جمع المعلومات المتعلقة بالمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق، المتكفل بهم داخل المؤسسات الصحية.

مراجع بالفرنسية:

الكتب بالفرنسية:

- 1- EMIL LEVY, G.DU MENIL, F.FGNMMI, M.BUNGENER: La croissance des dépenses de santé, PARIS ECONOMICA 1982.
- 2- EMIL LEVY, G.DU MENIL, F.FGNMMI, M.BUNGENER: Economie du système de santé, Dunod 1975.
- 3- J.F.NYS: La santé: consommation ou investissement ? Économica 1981.
- 4-PIERRE GRANDJEAT: La santé gratuite, Edition due Seuil 1965.
- 5- H.PARET: L'économie des soins médicaux, Edition Ouvrières 1978.
- 6- LILLICH: l'exportation de la santé; Seuil 1975.
- 7- G.DESTANE DE BERNIS: Economie de la santé, Séminaire sur l'enseignement de la santé publique aux étudiant en médecine 1973
- 8- P.BONAMONR ET .F.GVYTO: Economie médicale, PARIS Edition médicale et universitaire 1979.
- 9- GUY DELANDE: introduction à L'économie de santé, CESEG+1991.
- 10- J.E.STEPHANE: Economie et pouvoir médical, economica 1978.
- 11- KHIATI MNSTAPHA: quelle santé pour les algériens? Maghreb relation 1992.
- 12- F.Z.OUFRIHA: cette chère santé, OPU 1992.
- 13- G.P.CABAMEL: Médecine libéral on matérialisée sept politiques a travers le monde PARIS dunod 1977.
- 14- ETIEMME BARAL: Economie de santé chiffres et faits dunod 1978.
- 15- LAFITTE VICTORE: le droit a la santé PARIS CERM 1969.

16- ABDEL HAMID- BRAHIMI: l'économie algérienne, d'hier à demain défis et enjeux, Edition Dahlep 1991.

التقارير والجرائد والمقالات بالفرنسية:

- 1- Projet de la réforme de system national de santé, rapport préliminaire du conseil national de la réforme.
- 2- Projet de la réforme de system national de santé, rapport final du conseil national de la réforme.
- 3- L'état de santé des algériens et des algériennes, rapport annuel, ministère de la santé et de la population 7 avril 2002.
- 4- Rapport général sur l'organisation de système national de santé, ministère de la santé, janvier 1990.
- 5- Mise en œuvre de la contractualisation, point de situation au 31 décembre 2003. ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.
- 6- Gro-harlem brunndtland, rapport sur la santé dans le monde, OMC, France, 1998.
- 7- A. RAHMANI, Quelle politique de formation pour la fonction publique, Revue IDARA, volume 6, numéro 1, 1996.
- 8- Mustapha Khiati, L'avenir de L'hôpital, Revue IDARA volume 2, numéro1, 1992.
- 9- Revue LE GESTIONNAIRE, dossier : la contractualisation, IV Journées nationales de gestion des établissements de Santé, 1 et 2 juillet 1998 – Numéro Spécial – Ecole Nationale de Santé publique :
 - M. Boulahbal, l'hôpital et la sous traitance.
 - M. Lamri, le financement du Système de santé algérien, Expérience du CHU Mustapha dans le cadre du projet de contractualisation (secteur Santé – CNAS)

مواقع الانترنت:

- 1- www.sfsp.info
- 2- www.alkhadra.com
- 3- www.rezagar.com
- 4- www.planning.k.gov
- 5- www.ands.dz
- 6- www.santé.dz
- 8- www.worldbank.org
- 9- www.who.ch
- 10- www.ensp.dz