

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة العليا لإدارة الأعمال - تلمسان -



مذكرة

تخرج لنيل شهادة الماستر الأكاديمي في علوم التسيير التخصص: إدارة الخدمات الصحية

بعنوان:

النظام التعاقدى بين المؤسسة الصحية الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي، دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية حمداني عدة - تيارت -

إعداد الطالبة: سعودي إكرام. تحت إشراف الأستاذ: د. تاج مزيان

المناقشة بتاريخ: 2021/07/01

لجنة المناقشة:

الصفة	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا(ة)	أستاذة محاضرة ب	نعيم إلهام
مشرف(ة)	أستاذ محاضر أ	تاج مزيان
ممتحن(ة)	أستاذ محاضر أ	شيخي كمال

السنة الجامعية: 2021/2020

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين الذي وهبني القوة والمعرفة لإتمام هذا العمل، والصلاة والسلام على أشرف خلق الله

محمد صلى الله وسلم أما بعد:

تقدير ومني بالجميل إلى كل من قدم لي يد العون والمساعدة لإتمام هذا العمل، وأخص بالذكر الأستاذ

المؤطر”د.تاج مزيان” لتفضله إشراف على هذه المذكرة والذي لم يبخل عن تقديم التوجيهات والنصائح

جزاه الله خيرا.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل أساتذة المدرسة العليا لإدارة الأعمال اللذين كانوا بمثابة أسرتنا الثانية

جزاكم الله خيرا.

كما أتقدم بالشكر للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة لقبولهم الإشراف على هذا العمل المتواضع.

كما أتقدم بالامتنان والتقدير إلى أمي حبيبي رحمها الله وإلى أبي حبيبي، وإلى كل من ساهم من بعيد أو

قريب في إتمام هذا العمل

الإهداء

اهدي ثمرة جهدي هذا إلى أعز وأعلى إنسانة التي لا أنساها ما حييت، التي أنارت دربي بنصائحها، وكانت بحرا صافيا يفيض الحب والبسمة التي زينت حياتي، إلى من منحنتي القوة والعزيمة لمواصلة الدرب وكانت سببا في مواصلة دراستي التي علمتني الصبر والقوة والعزيمة، إلى غاليتي وجميلة حياتي أمي الغالية (رحمها الله) .

إلى كل من علمني حرفا في الدنيا ولم يبخل علينا بأي شيء أبي الغالي الذي دام لي سالما وأطال الله في عمره.

إلى إخوتي وأختي الذين كانوا دائما لي سندا ومنحوني قوة من أجل إكمال مسيرتي .

إلى صديقاتي التي مهما أشكرهم لا يوافقهم شكري (صبرينة، لينة، إيمان، نور الهدى، مريم خيرة).

إلى البراعم جميلة لينة، محمد وسيم.

فهرس

أ	مقدمة عامة:.....
	الفصل الأول: النظام التعاقدى كمصدر لتمويل نفقات الصحة فى الجزائر
02ص	تمهيد.....
03ص	المبحث الأول: مصادر التمويل والإنفاق الصحى فى الجزائر.....
12ص	المبحث الثانى: النمط التعاقدى كبديل لتمويل نفقات الصحة فى الجزائر.....
29ص	المبحث الثالث: أنواع أسس وأسباب النمط التعاقدى.....
35ص	خلاصة الفصل الأول.....
	الفصل الثانى: العلاقة بين النظام التعاقدى، الضمان الاجتماعى والمستشفيات
37ص	تمهيد.....
38ص	المبحث الأول: أساسيات حول الضمان الاجتماعى.....
49ص	المبحث الثانى: أساسيات حول المستشفيات.....
55ص	المبحث الثالث: النظام التعاقدى، الضمان الاجتماعى، المستشفى.....
67ص	خلاصة الفصل الثانى.....
	الفصل الثالث: دراسة ميدانية المستشفى متخصصة الأمراض العقلية -تيارات-
69ص	تمهيد.....
70ص	المبحث الأول: التعريف بالمؤسسة الإستشفائية فى الأمراض العقلية.....
82ص	المبحث الثانى: عرض منهجية الدراسة الميدانية وأدوات الدراسة.....
86ص	المبحث الثالث: تحليل الإستبيان.....
102ص	خلاصة الفصل الثالث.....
104ص	خاتمة عامة.....
108ص	قائمة المراجع.....
113ص	الملاحق.....

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
4	تطور النفقات الصحية في الجزائر	(01-01)
5	ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة	(02-01)
7	المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر (2015-2016)	(03-01)
46	تقييم هيئات ضمان الإجتماعي	(01-02)
62	حاجيات التعاقد الداخلي	(02-02)
63	مدخلات المؤسسة الإستشفائية	(03-02)
71	توزيع المستخدمين للمؤسسة المتخصصة في الأمراض العقلية -تيارت-	(01-03)
86	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	(02-03)
88	توزيع عينة الدراسة الفئة العمرية	(03-03)
90	توزيع العينة حسب التخصص العلمي	(04-03)
91	حسب المؤهل العلمي	(05-03)
93	حسب الوظيفة الحالية	(06-03)
94	توزيع العينة حسب سنوات الخبرة	(07-03)
96	صدق الإستبيان	(08-03)
96	نتائج المتوسط للمحور الأول	(09-03)

98	نتائج المتوسط للمحور الثاني	(10-03)
100	معامل الارتباط بين فعالية النظام التعاقدى في المؤسسة الصحية	(11-03)

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
(01-01)	مراحل النمط التعاقدى	25
(01-02)	تقييم هيئات مكلفة بتقديم الخدمات الصحية	52
(01-03)	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية تيارت	73
(02-03)	توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	87
(03-03)	توزيع عينة الدراسة الفئة العمرية	89
(04-03)	توزيع العينة حسب التخصص العلمي	90
(05-03)	حسب المؤهل العلمي	92
(06-03)	حسب الوظيفة الحالية	93
(07-03)	توزيع العينة حسب سنوات الخبرة	95

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
1	مخطط التنظيمي لمكتب الدخول.	113
2	Fiche navette	114
3	Fiche de liaison entre les établissements de santé	118
4	إعلان الوفاة	119
5	حركة المرضى	120
6	Rapport mensuel des activités de l'hôpital psychiatrique	121
7	Bureau des entrées 1 ère trimestre	122
8	Mouvement d'hospitalisation du 1 er trimestre	123
9	Mode d'admission du 1 er trimestre	124
10	Effectif journalier des malades	125
11	Evaluation de l'activité d'hospitalisation	126
12	Résumé standard de sortie	127
13	Etat des malades mentaux assurés sociaux admis	128
14	Attestation de prise en charge délivrée par l'agence cnas de tiaret	129
15	امستبيان	127

135	مخرجات الإمتبيان	21
-----	------------------	----

مقدمة عامة

"الصحة ليس لها ثمن ولكن لها تكلفة"

تعد الصحة من بين أهم الأمور التي تعطيها الدولة أهمية كبيرة لكونها من الحاجيات الأساسية للإنسان مما جعلها تحتل مكانة بارزة، وذلك من أجل التنمية والتطور إجتماعيا وإقتصاديا.

بما أن المؤسسات الصحية هي أساس تقديم الخدمات الصحية وتعزيز صحة الأفراد، فقد سعت كل الدول إلى إصلاح أنظمتها الصحية بما يضمن تقديم خدماتها بجودة عالية، ومع التطور الإقتصادي والإجتماعي الذي عرفها المجتمع ووجود أمراض جديدة التي ساهمت في زيادة النفقات، مما ترك مؤسسات الصحة توفر خدمات بدون النظر إلى نوعية الخدمة، مما أصبحت تبحث عن موارد لتغطية حاجياتها من الإنفاق المتزايد.

أصبح تمويل النفقات يشكل رهان كبير وهذا ما جعل الدولة تواجه مشاكل في عدم قدرتها على تمويل نفقات هذا القطاع ولهذا فإن النظام الصحي بحاجة إلى آليات جديدة للتمويل التي تضمن تغطية نفقاتها على المدى الطويل.

لهذا أخذت الدولة الجزائرية على عاتقها إصلاح أنظمتها الصحية من أجل تحقيق معادلة تحكم في التكاليف مع تحقيق فعالية الأداء وتم إختيار النمط التعاقدى بين المؤسسات الصحية والضمان الإجتماعي، كحل لمشكلة التمويل.

ومع ذلك، فإن مزايا اللجوء إلى التعاقد عديدة، فمن الضروري أيضًا التأكيد على الصعوبات والمخاطر السياسية لأنه لا ينبغي أبدًا التقليل من أهميتها فاللجوء إلى التعاقد يتطلب مهارات غير موجودة دائمًا في عالم المستشفيات العامة الحالية.

إعتمدت دول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية (WHO) في يناير 2002 إصدار قرار بعنوان "دور التعاقد في تحسين أداء النظم الصحية". يلفت هذا القرار إنتباه الدول الأعضاء حول أن يتم اللجوء إلى التعاقد مع دعوتهم إلى إنشاء السياسات التعاقدية التي تتجنب الآثار السلبية.

إشكالية الدراسة

إن الهدف من تطبيق النمط التعاقدى في المؤسسات الصحية سببها الزيادة المستمرة في النفقات الصحية من سنة إلى أخرى، لذا أصبح القطاع الصحي يبحث عن طرق لترشيد النفقات والزيادة في فعالية النظام الصحي مما توجه إلى النظام التعاقدى كحل بديل من أجل تحقيق أهداف المنظمة وتفعيل جهات التمويل.

ومن هذا المنطلق يمكننا صياغة إشكالية الدراسة على النحو التالي :

ما أثر النظام التعاقدى في زيادة فعالية المؤسسات الصحية ؟

للإحاطة أكثر بالموضوع قمنا بطرح الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هو البعد المفاهيمي للنظام التعاقدى وما هي شروطه وآلياته ؟
- ما طبيعة العلاقة بين أطراف التعاقد ؟
- ما هو دور الدولة في تحقيق النمط التعاقدى؟
- هل يمكن للنمط التعاقدى أن يكون أسلوب بديل لتمويل المؤسسات الصحية؟

الفرضيات:

يزيد النمط التعاقدى في فعالية المؤسسات الصحية.

أهمية الدراسة:

يعتبر الموضوع من المواضيع الراهنة التي حازت إهتمام المؤسسات الصحية في الساحات الدولية لكونه أحد متطلبات نجاح تسيير الإدارة الصحية، إذ يساهم الموضوع في إبراز أهمية تطبيق النمط التعاقدى في الحد من الإصراف المالي والتحكم في النفقات وتنظيم العلاقة بين الممولين ومقدمين الخدمات وتحقيق الفعالية والمنفعة العامة.

بالإضافة إلى تسليط الضوء على الضمان الاجتماعى ودوره كهيئة لتمويل الخدمات الصحية والتعرف على أنواعه وأشكاله مع إبراز أهمية المستشفيات كمقدم للخدمات وبيان وظائفها ومسار التعاقد.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق النقاط التالية :

- التعريف بالنظام التعاقدى مع تسليط الضوء على شروطها وخصائصها.
- الوقوف على ماهيتها وأنواعها.
- التعريف بمفهوم الضمان الإجتماعى والمستشفى.
- تسليط الضوء على تنظيم مسار بين هيئات الضمان الإجتماعى والمؤسسات العمومية.

مبررات إختيار الموضوع:

من أهم دوافع إختيار هذا الموضوع هو الأهمية البالغة التي يحضى بها هذا الأخير كونه أحد المواضيع الراهنة على كل من المستوى الدولى والمحلى في ظل ما يمر به العالم من إنفتاح وتطور إضافة إلى الوقائع التي شهدها العالم في الفترة الأخيرة من إفلاسات مالية وإدارية، بسبب وجود قصور في تسيير المؤسسات الصحية وبذلك لا تكون هناك فعالية في إتخاذ القرارات الرشيدة التي تحقق أهداف المؤسسة .

منهجية البحث:

بهدف تجسيد موضوع الدراسة وتحقيق نتائجه المرجوة، إعتدنا على المنهج الوصفى التحليلي فقسنا البحث إلى ثلاثة فصول، فخصصنا الفصل الأول لدراسة ماهية النظام التعاقدى فتناولنا في المبحث الأول مصادر التمويل والإنفاق الصحي في الجزائر وفي المبحث الثاني النمط التعاقدى كآلية جديدة لتمويل النفقات الصحية، وفي المبحث الثالث أنواع ، أسس وأساليب النظام التعاقدى.

أما في الفصل الثاني تناولنا علاقة النظام التعاقدى، الضمان الإجتماعى، المستشفى فقسنا المبحث إلى ثلاثة مباحث فتطرقنا في المبحث الأول إلى مفهوم الضمان الاجتماعى، وفي المبحث الثاني إلى الأسس المفاهيمية للمستشفى، أما المبحث الثالث فقد تم تناول النظام التعاقدى وعلاقته بالضمان الإجتماعى والمستشفى.

كما إعتدنا على منهج تحليلي في الفصل الثالث بهدف التأكد من فرضيات البحث من خلال دراسة الميدانية لإنعكاس النمط التعاقدى، الضمان الإجتماعي والمستشفى وذلك من خلال إستبيان قمنا بتوزيعه على عينة من عمال مستشفى الأمراض العقلية وإعتدنا على برنامج التحليل الإحصائي spss لتحليل النتائج.

الدراسات السابقة:

1. دراسات باللغة العربية:

لقد نال موضوع النظام التعاقدى، الضمان الإجتماعي إهتمام العديد من الدراسات ومن بين الدراسات السابقة نجد:

(1) عديلة علواني، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار الهومة للطباعة و النشر، الجزء الثاني، الجزائر.

هدف هذه الدراسة هو إبراز أهمية الصحة التي أصبحت انشغال العديد من الدول وارتفاع نفقات العلاج المتزايدة باستمرار، وهذا ما دفع بالدول إلى السعي لإختيار أنظمة التمويل على المستوى العالمي الأقدر على تحسين الأنظمة الصحية والتقليل من التكاليف، مما جاء النمط التعاقدى كحل لهذه المشكلة وكحل بديل لزيادة تفعيل أداء الأنظمة العالمية لتمويل الصحة وخاصة أنظمة التامين.

(2) عديلة علواني، "تفعيل النمط التعاقدى في نظام الصحة الجزائري" دار الهومة للطباعة والنشر، الجزء

الثاني، الجزائر.

تهدف هذه الدراسة إلى إبراز المشاكل التي تعاني منها الجزائر في المؤسسات الصحية المتعلقة بالإصلاحات وطرق التمويل التي أدت إلى تراجع القطاع، ويتجسد هذا في طرق إدارة هذه المؤسسات وحجم التكفل بالمرضى ونوعية العلاج ومستوى الخدمات المقدمة، والإصلاحات الصحية في الجزائر وتفعيل أنظمة التمويل الصحية على أساس التعاقد بين المؤسسات الصحية والضمان الإجتماعي، والذي لم يتم تطبيقه بشكل كامل بسبب عدة عراقيل.

(3) خلاصي عبد الاله، "العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية لفترة

(1990-2018)"، مذكرة لنيل شهادة دكتوراة في اقتصاد المالية العامة، جامعة أوبوكر بلقايد، تلمسان، 2019.

تهدف هذه الدراسة إلى بيان الجانب المهم في الإقتصاد الصحى وتوضيح النفقات الصحية ومصادر التمويل من خلال دراسة تحليلية قياسية لفترة 1990 إلى 2018، وسعت الدراسة إلى توضيح أهم الاختلافات التي يعاني منها

نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ومكانة هذا التمويل في الإصلاح، ومن أهم التحديات هي توفير الموارد المالية وإحتواء التزايد المستمر للإنفاق الصحي في الجزائر.

وهدفت الدراسة أيضا إلى بيان حصة الدولة في تمويل النفقات الصحية وتليها صناديق الضمان الاجتماعي والتي بدورها أصبحت تعاني من صعوبات مالية نتيجة تغير في الهرم السكاني والتحول نحو الخارج من أجل العلاج وأيضا ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية، لذا فإن تفعيل التعاقد وفق إستراتيجية شراء الخدمات الصحية والبحث على مصادر تمويل جديدة أصبحت ضرورة حتمية.

(4) وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة،

مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم لاقتصادية و التجارية، باتنة، 2015.

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على واقع الخدمات الصحية بولاية باتنة وذلك بالتعريف بالخدمات الصحية ومختلف أساليب تقييمها مع اقتراح مجموعة من الآليات لتحسين مستوى الخدمات. وكذلك الآليات التي من شأنها ترفع كفاءة وفعالية الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية.

دراسات باللغة الأجنبية:

Benmansour samia, « la contractualisation dans le système de santé (1

algériennouveau mode de financement des hôpitaux », thèse de doctorat en

science économiques, université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou ·2019 ·

تستهدف هذه الدراسة ثقافة الصحة العامة الناتجة عن الرؤية الإنسانية للحماية الطبية التي تتمحور حول الفرد، تدخل في عصر الالتزام بالوسائل و تعويض المخاطر و الربحية من جهة الكفاءة و التكلفة، إن عملية التعاقد على العلاقات بين المستشفيات و صندوق التأمين الاجتماعي الوطني هي الأساس في اصلاحات التمويل التي بدأتها وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات .

(2) دراسة M·BOULAHRIK سنة 2016 بعنوان “le financement de systèmes de santé

algérien“

تهدف الدراسة إلى توضيح أن النفقات الصحية الوطنية تشمل نفقات التشغيل والإستثمار في القطاع الصحي التي تقع على عاتق الدولة ومنظمات الضمان الاجتماعي والمستخدمين والشركات الخاصة، وقد توصلت الدراسة إلا أن حجم الإنفاق الصحي الوطني سيزداد في السنوات القادمة نظرا للتحول الصحي ووزن تكنولوجيا الرعاية الصحية والإحتياجات المتزايدة للسكان وإضافة إلى وكلاء التمويل الحاليين من الضروري أن يساهم ممولون آخرون مثل السلطات المحلية والتأمينات الاجتماعية.

الفصل الأول:

النظام التعاقدى كمصدر لتمويل نفقات الصحة في
الجزائر

تمهيد

إن تمويل قطاع الصحة أصبح محط إهتمام العديد من الدول نتيجة الزيادة في التكاليف الصحية وأصبح شغلها الشاغل هو توفير مصادر التمويل، ويرجع ذلك إلى أن الصحة حق مكفول للجميع بغض النظر على قدرتهم على الدفع، الأمر الذي دفع بقطاع الصحة إلى إيجاد حل من أجل تفعيل جهات التمويل، كل هذه الأحداث وغيرها مهدت إلى ظهور النظام التعاقدى والذي أصبح في يومنا هذا أحد متطلبات إدارة الصحة الناجحة وحجر الأساس لتنمية إقتصاد الصحة والدواء الشافى لتمويل القطاع.

سنحاول في هذا الفصل تحليل وتقييم تطور النفقات الصحية في الجزائر، ومعرفة مصادر التمويل، والنمط التعاقدى الذي اقترح من أجل أن يصبح آلية بديلة لتمويل القطاع الصحى.

لغرض الإلمام بكل ما سبق قسمنا هذا الفصل إلى:

- I. مصادر التمويل والإنفاق الصحى في الجزائر
- II. النمط التعاقدى كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر
- III. أنواع أسس وأسباب النمط التعاقدى

1. مصادر التمويل والإنفاق الصحي في الجزائر:

إن التغيرات الاجتماعية والإقتصادية التي عرفتها الجزائر تطرح مشكلة إحتياجات الأفراد للخدمات الصحية وضرورة الإنفاق عليها، وأن أهمية النفقات الصحية هو توفير الوقاية من الأمراض من أجل حماية رأس المال البشري والحفاظ على الإنتاجية ومنه زيادة الناتج الداخلي الخام، فإن الإنفاق على الصحة لا يعد خدمة إنسانية فقط بل خدمة إقتصادية أيضا، ولقد مر الإنفاق الصحي بعدة تطورات بحيث أصبحت أرقام القطاع الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن بعض القطاعات الأخرى المساهمة في تمويله وكذا ميزانية الدولة، وهذا التزايد والتطور في النفقات الصحية أدى إلى جعل الإنفاق الصحي من الأولويات التي يسعى الأخصائيين إلى معرفتها وتحليلها.

1- تحليل وتقييم تطور نفقات الصحة في الجزائر:

من أجل تحليل وتقييم الإنفاق على الصحة يمكن الإعتماد على المؤشرات مثل تقييم النفقات الصحية نسبة إلى المؤشرات الإقتصادية الكلية أي حصة الإنفاق على الصحة في الناتج الداخلي الخام وكذلك متوسط نصيب الفرد من النفقات الصحية، ومؤشر آخر هو ما يخص الميزانية العامة للدولة من أجل قطاع الصحة.

1-1 تقييم نفقات الصحة بالنسبة للمؤشرات الإقتصادية الكلية:

يمكن إعتبار أن الإنفاق العام على الصحة من أهم القضايا المالية العامة التي تواجهها الإقتصاديات المتقدمة، وقام هذا الإنفاق بالنمو بصورة كبيرة على مدى العقود الثلاثة الماضية، ويمثل نحو نصف الإنفاق الحكومي بدون فوائد على مدى كل هذه السنوات.

حيث تزايد الإنفاق قام بخلق ضغط على الميزانيات وخصوصا في الوقت الحالي حين بلغ مجموع الدين العام كنسبة مئوية من إجمالي الناتج المحلي.¹

¹benedict clements , david coady , and sanjeev gupta ,(2012), **the economies of public health care reform in advanced enring economies**, waslington : international monetary fund , P 03.

تغطي نفقات الدولة الخدمات الصحية العلاجية والوقائية والأدوية والإستعجالات ويستثنى من هذه النفقات خدمات توفير المياه والصرف الصحي¹.

إن إرتفاع عدد السكان في الجزائر ومع زيادة الإستثمارات سواء كانت بنية تحتية أو تجهيزات طبية دفع بإرتفاع وتيرة الإنفاق، لذا يجب على الدولة التحكم في النفقات لضمان قدرتها على تلبية الحاجات الصحية لسكانها، هذا ما جعل مسألة إحتواء النفقات الصحية الوطنية من أهم التحديات التي تواجهها السلطات العمومية في الجزائر².

جدول (01-01) تطور النفقات الصحية في الجزائر

السنوات	حصة الدولة (دج)	الضمان الإجتماعي (دج)	مساهمات العائلات (دج)	نفقات الصحة (دج)
2012	363948093000	38300000000	80000000	408490413000
2013	360340296000	48429410000	1100000000	436269706000
2014	258178634000	49629410000	1100000000	316908044000
2015	313525878000	57818524000	1100000000	421286462000
2016	321186699000	65219092000	1100000000	42863569000
2017	312245153000	64815511000	1100000000	399144664000
2018	324455744000	73753570000	1100000000	419309314000
2019	327034008000	80000000000	1100000000	439402873000

المصدر: خلاصي عبد الإله-العلاقة بين الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، ص 143.

من خلال الجدول يتضح أن الإنفاق الصحي في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى، وتعد مسألة التحكم في هذا التزايد في النفقات من أهم تحديات السياسة الوطنية وذلك عن طريق معرفة أسباب هذا

¹ الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي، على الموقع https://www.aljateera.net/news/health_medicine, تاريخ الاطلاع 2021-02-15.

²نشيدة معزوز، (2017)، دور الرعاية الصحية الأولوية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد و التنمية البشرية، ص 398.

التطور والتزايد التي عادة ما يكون معقد ومتعدد نظرا لإرتباط الصحة بالعديد من المتغيرات الإقتصادية والسياسية وحتى الثقافية.

2-1 تحليل نفقات الصحة بالنسبة إلى الموازنة العامة:¹

إن هذا المؤشر يقوم بتوضيح كيف تقوم الصحة بالمنافسة كل سنة مع مختلف القطاعات التي تتطلب إنفاق عمومي، حيث تكون تنمية هذا القطاع من خلال المخصصات المالية من الميزانية العامة للدولة وهذا بحكم الدور الذي يلعبه هذا القطاع في التنمية وما تبذله الدولة في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية.

الجدول (01-02) ميزانيتي التسيير والتجهيز لقطاع الصحة

الوحدة مليون دينار

السنة	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	مجموع	ميزانية التسيير %	لميزانية التجهيز %
2012	404945	31324	436269	92.9	7.1
2013	306926	9982	316908	96.9	3.1
2014	365946	55340	421286	86.9	13.1
2015	381972	46691	428663	89.2	10.8
2016	379407	19747	399154	95	5
2017	389073	30236	419309	92.8	7.2
2018	392163	47239	439402	89.3	10.7

المصدر: خلاصي عبد الإله. العلاقة بين الصحة ومصادر التمويل في الجزائر، مرجع السابق، ص 150.

ومن خلال ما سبق لاحظنا أن ميزانيتي التسيير والتجهيز في تطور ملحوظ وهذا كله راجع إلى إرتفاع المخصصات المالية المرصودة لهذا القطاع في إطار الإصلاحات المتتالية التي عرفها.

¹ خلاصي عبد الإله، (2019)، العلاقة بين الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية وقياسية (1990-2018)، مذكرة لنيل شهادة دكتوراة، إقتصاد المالية العامة، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، ص 150.

2- تحليل أسباب الزيادة في نفقات الصحة:

لقد عرف الإنفاق الصحي بتطورات وتزايدات في مجالات عديدة، وهذا له عدة أسباب من بينها:

2-1 التغير في خريطة المرض:

لقد عرفت الجزائر منذ فترة التسعينيات تغير في الخريطة الصحية تميز بإستمرار المشاكل المترتبة عن الأمراض المتقلبة وزيادة أعباء الأمراض الغير المتقلبة مثل أمراض القلب والأمراض التنفسية الحادة والأمراض السرطانية، مما شكل أعباء إضافية على النظام الصحي¹. ومن بين أهم الأسباب الأكثر تفسيراً لهذا التحول في الخريطة الصحية يمكن أن يكمل في التحسن المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وتغير في أسلوب الحياة وزيادة نسبة السكان في المناطق الحضرية، وتغير العادات الغذائية ونقص النشاط البدني، بحيث وضح تقرير منظمة الصحة العالمية سنة 2015 أن نسبة 13% من الأطفال الأقل من خمسة سنوات ونسبة 10% الأشخا □ البالغين و24.3% من النساء يعانون من زيادة الوزن، وفي الفترة 2012-2013 وحسب المؤشرات التي أجريت من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، فقد كانت النتائج واضحة في الإصابة بالأمراض المزمنة مرتفعة لدى سكان المناطق الحضرية 15% مقابل 12% في المناطق الريفية، وأبرز الأسباب أن حالات الإصابة تتزايد مع تقدم السن ما يقارب 661 الأشخا □ البالغين 70 سنة فأكثر، ومن ناحية المستوى التعليمي فقد تبين النتائج أن المصابين بهذه الأمراض دون مستوى تعليمي 17% و34%. وتشكل هاذين الفئتين ثلثي المصابين بالأمراض المزمنة².

¹ - MSPRH, (2015-2019), plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée les facteurs de risque des maladies non transmissibles, p 12.

² nations unies, (2016), commission économique pour l'Afrique, profil de pays – Algérie, p 25.

2-2 تطور بالمنشآت القاعدية الصحية وعدد الممارسين في المجال الصحي:

إن الزيادة في عدد الممارسين الصحيين والمنشآت من الممكن إعتباره من بين أسباب تزايد الإنفاق الصحي، حيث تمت الزيادة في المنشآت بسبب الإصلاحات 2007 والتي جاءت بإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حيث جاءت هذه الإصلاحات من أجل توفير وتقريب الخدمات الصحية للمواطن. أما الجدول الموالي يبين المنشآت الصحية القاعدية في الجزائر:

جدول (01-03) المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر (2015-2016)

2016		2015		التعيين
العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	
38407	200	38305	200	مؤسسة إستشفائية عامة
1324	09	960	09	مؤسسة إستشفائية
12910	15	13050	15	المراكز الإستشفائية الجامعية
818	01	810	01	مؤسسة إستشفائية جامعية
11725	75	11637	75	مؤسسة إستشفائية متخصصة
-	273	-	271	المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
4075	1684	3889	1659	- العيادات المتخصصة
-	5875	-	5762	- قاعات العلاج
3142	416	415	415	- مصالح التوليد العمومية
-	630	-	627	مركز الطبي الإجتماعي

المصدر: خلاصي عبد الإله، (2019)، مرجع سابق، ص 156.

نقصد بالأسرة هي الأسرة التقنية للمؤسسات العمومية الإستشفائية فقط، أما الباقي فيتعلق بأسرة المنظمة، يوضح الجدول السابق التحسن في المنشآت القاعدية بالأسرة الصحية، وكل هذا الإرتفاع في عدد الهياكل الصحية إلى سعي الدولة في تقليل التفاوت في مستويات التغطية الصحية، وبالتالي إرتفاع الإنفاق على القطاع.

- فيما يتعلق بتطور عدد الممارسين الصحيين فهو يعتبر من بين الأسباب الحقيقية في تزايد نفقات الصحة، حيث عرف عدد عمال السلك الطبي والشبه الطبي في الجزائر في السنوات الأخيرة زيادة متسارعة.

2-3 أسباب أخرى:

ومن أسباب إرتفاع النفقات الصحية هي:

- التزايد المستمر لإحتياجات السكان مما أدى إلى تزايد مستمر للنفقات الصحية.
- الزيادة في التعويضات بخصوص الأدوية التي تحتل المرتبة الأولى في جدول النفقات ويوجد صندوقين في الجزائر صندوق للأجراء والغير الأجراء.
- الزيادة في نفقات التهيئة والترميم بالمؤسسات الإستشفائية، وأيضا التقلبات المسجلة في أسعار المواد واللوازم المختلفة من المعدات.
- التقدم العالمي في المجال الطبي أدى إلى إستعمال مجموعة من التجهيزات والمواد الطبية المتطورة والحديثة ذات الجودة.
- عدم معرفة لتكاليف الحقيقية مما يؤدي إلى سوء التسيير وعدم التحكم في النفقات.

3- مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر:

تمويل نفقات الصحة يعتبر بمثابة العمود الفقري لأي نظام صحي، وفي الجزائر فإن نظام التمويل الصحي عرف عدة تحولات منذ الإستقلال إلى يومنا هذا، ويعتمد التمويل على ثلاثة مصادر أساسية

3-1 التمويل عن طريق الدولة¹:

بعد الإستقلال أصبح القطاع الصحي يعتمد على الدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر بنسبة 60% من إجمالي النفقات الصحية، وهي تخص لتمويل تكاليف الفقراء والمعوزين ذوي الدخل الضعيف، وتحسب على أساس سعر يومي وتمول من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85% ومن طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية بنسبة 15% هذه الأخيرة بدورها تنقسم إلى 8% على حساب الدوائر و7% لحساب البلديات.

إلا أن الدولة قامت في سنة 1974 بإلغاء التسعيرة الجزافية وجعل الطب المجاني هذا ما جعل الدولة والضمان الإجتماعي يساهمون في التمويل بنسب مهمة²، حيث يتم تغطية الجزء الأكبر من نفقات الصحة من خلال إتمادات الميزانية العامة للدولة وتنقسم هذه الإتمادات إلى قسمين:

✓ أولا التي تغطي نفقات التسيير وتمثل الجزء الكبير من نفقات الصحة، وتمثل الأخيرة في

مصاريف الأدوية والمستخدمين.

✓ ثانيا الإتمادات التي تقوم بتغطية نفقات التجهيز والتي تتحملها الدولة كاملة.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 74-01 المؤرخ في 16 جانفي 1947 ، المتضمن:مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل النفقات المساعدة الطبية الاجتماعية .

² Ali Dahmene Mohammed, (2016),the financing health system problem in Algeria, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, p. 49.

3-2 التمويل عن طريق الأسر:

○ التمويل الذي يكون مصدره مؤسسات خاصة أو عامة: وتقوم بإنشاء مراكز صحية من أجل تقريب أن يكون عمالها مقرب من الخدمات الصحية من ناحية، ومن ناحية أخرى التحكم في النفقات التي تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها على سبيل المثال مؤسسات التأمين.

○ التمويل الذي يكون مصدره الأفراد¹: هذه في مرحلة التمويل المختلط الذي كان مصدر أصحاب المهن الحرة وكان ذلك في بداية الإستقلال، حيث يقومون بدفع نفقاتهم الصحية مباشرة بعدما أن يحصلون على الخدمة الصحية، تمثل مساهمتهم 10% فقط من إجمالي نفقات الصحة، من الرغم أن الأمر 65-74 المؤرخ في 28 ديسمبر 1974 المتضمن مجانية العلاج لم يستثنى بشكل صريح مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية، إلا أنه لم يصدر أي نص قانوني لرفع الغموض في هذا المجال قبل سنوات الثمانينات، بحيث أن العلاجات الطبية كانت تقدم كلها بالمجان وحتى للأجانب، جاءت تعليمة في سنة 1984 لوضع حد لهذه الفوضى تفرض على أن العلاج الصحي، تقوم بفرض على المواطنين المساهمة في تكاليف الفحوصات والعلاجات الطبية ورغم ضعف هذه المسألة إلا أنها قامت بمواجهة صعوبات في التطبيق من الناحية الإدارية، وتمثل النفقة الصحية التي تحملها الأسر 22% سنويا وتمثل أكبر ما تتحمله الأسر في الدول المتقدمة، وإضافة إلى هذا فإن بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الإجتماعي وكذلك ظاهرة العلاج دون اللجوء إلى طبيب حيث يتجه المريض إلى الصيدليات مباشرة ويقتني يحتاجه دون وصفة طبية.

¹ محمد على دحمان، (2016)، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، □، 246.

3-3 التمويل عن طريق الضمان الإجتماعي:

يحتل الضمان الإجتماعي المرتبة الثانية بعد الدولة في تمويل نفقات الصحة حيث يقوم بتمويل كلا القطاعين (العام، الخا □) عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين، حيث يتم تعويض نفقات العلاج من خلال تعريفه تحدها وزارة الصحة من سنة 1987 ولم تتغير ليومنا هذا¹.

¹ Chaouche Ali,(2014), le financement de système de santé, colloque international sur les politiques desanté, Alger, p54.

.II النمط التعاقدى كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر

يعتبر النمط التعاقدى أسلوب جديد لتمويل النفقات وخاصة بعد تطورات في شتى المجالات (الإقتصادية، الإجتماعية، الثقافية...)، ومع تراجع القطاع في تقديم الخدمات الصحية بمستوى يسد أهداف وحاجيات المجتمع، نظرا للسلبات الذي عرفها النظام الصحي وعدم القدرة على الحساب الدقيق للسعر اليومي لنشاط المؤسسة الصحية إتضحت الصورة على عدم فعالية أساليب التمويل التقليدية المتبعة، مما أدى إلى ضرورة إتباع النظام التعاقدى بدوره يحقق مجموعة من الأهداف التي ترفع من كفاءة القطاع الصحي، وهذا ما يحمله قانون المالية لسنة 1992 وهو تبني النمط التعاقدى كآلية لتمويل المؤسسات الصحية.

1- الأسس المفاهيمية للنمط التعاقدى:

فيما يلي سنتطرق إلى فهم النمط التعاقدى شروطه وخصائصه.

1-1 تعريف النمط التعاقدى:

1-1-1 تعريف العقد لغة وإصطلاحا:¹

- يُقصد بالعقد في اللغة بأنه: عقد الشيء أي يعقده عقداً، فإنعقد وتعقد، يعني شدّه، فإنشدّ، وهو جميع أنواع العقود في البيع والمواثيق وغيرها.
- أما إصطلاحا هو إرتباط قبول وإيجاب معا بوجه مشروع يثبت أثره في محلّه، فيُقصد بالإيجاب والقبول هنا كل ما يدل على إرادة المتعاقدين وما يرضيهما بعقد العقد سواء كان ذلك بالقول أو الفعل، أمّا كونه على وجه مشروع، ونستنتج من هذا التعريف تواجد طرفين للعقد، وهما طرف يصدر منه الإيجاب، والطرف الآخر يصدر منه القبول.

¹<https://mawdoo3.com>. 14/03/2021 01 : 30.

1-1-2 تعريف العقد الإداري:

يعرف على أنه "العقد أو الإتفاق الذي يبرمه شخص معنوي عام، قصد تسيير مرفق عام وفقا لأساليب القانون العام بتضمينه شروط إستثنائية غير مألوفة في القانون الخا" ¹ وفي القانون المدني الجزائري عرف العقد في مادة 54 على أنه: "إتفاق يلتزم موجب شخص أو شخصين بمنح أو فعل أو عدم فعل شيء ما" ².

1-1-3 تعريف النظام:

يعرف النظام على أنه مجموعة من الأجزاء التي ترتبط مع بعضها وفق علاقة متبادلة تسيير على معايير محددة لأجل إنتاج هدف معين، ويتكون النظام من مدخلات، يتم إجراء العمليات المطلوبة للوصول إلى المخرجات التي تكون ضمن مواصفات معينة حددت مسبقا.

(أ) خصائص النظام

- النظام مترابط الأجزاء وله هيكلية معروفة ومنظمة
- النظام يحتوي على وحدات المدخلات والعمليات والمخرجات، والأمور اللازمة لسير النظام مثل: المواد الخام، والطاقة والتكلفة

(ب) أنواع النظام: ويوجد نوعين من هذا النظام وهي:

- **المفتوح:** وهو النظام الذي يتأثر بالعوامل الخارجية والبيئة المحيطة فيه، فيتبادل هذا النظام الطاقة والمواد المستخدمة في عملية النظام، فعلى سبيل المثال النظام المفتوح في النظام الإقتصادي يقوم على تبادل رأس المال والخبرات والموارد البشرية والطاقة المشغلة.

❖ خصائص النظام المفتوح:

- يتيح النظام المفتوح عملية الإستفادة من المخرجات من خلال عملية التغذية لراجعة.
- يستمر لفترات طويلة نتيجة لتأقلمه مع البيئة المحيطة والإستقرار فيها.

¹ محمد الصغير بلعي، (2005)، العقود الإدارية، دار العلوم للنشر و التوزيع، غنابة 2005، ص:10 .
² المرسوم 75-85 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن قانون المدني، المعدل و المتمم، ج.ر، صادرة في 30 سبتمبر 1975.

- يتيح الإستفادة من الأنظمة الأخرى، وتبادل الطاقات والموارد معها.

ومن أمثلة النظام المفتوح نوجزها في النقاط التالية:

- تعامل الإنسان مع الحاسب الآلي حيث تكون عملية متبادلة بين تطوير الإنسان للحاسب والتحسين من أدائه من جهة، وبين تسريع أداء العمليات، وتوفير الوقت والجهد من قبل الحاسب من جهة أخرى.

- ومثال على النظام المفتوح في المجال العلمي كوب الماء الساخن حيث يتبادل الماء الحرارة مع الوسط المحيط، بالإضافة إلى إنتقال جزء من الماء على شكل بخار إلى الهواء، وبالتالي تبادل الماء المادة والطاقة.

- في المجال التعليمي: تبادل المنح الدراسية بين الجامعات المحلية والأجنبية.

• **المغلق:** وهو النظام الذي لا يتأثر بالعوامل الخارجية، ولا يتبادل المادة مع البيئة المحيطة، ولكن في بعض الأنظمة المغلقة يتم تبادل الطاقة فقط، ولا يحتوي على عملية التغذية الراجعة كما في النظام المفتوح.

❖ **خصائص النظام المغلق:** ونلخصها في النقاط التالية:

- لا يتأثر بالتغيرات الخارجية.
- لا يتم فيه تصحيح الأخطاء، أو تحليل النتائج، لأنه لا يحتوي على عملية تغذية راجعة.
- تكون مدة النظام لفترة معينة حتى إنتهاء عملية النظام والحصول على الهدف فقط.

ومن أمثلة الأنظمة المغلقة نوجزها في النقاط التالية:

- التفاعلات الكيميائية التي تتم داخل أوعية خاصة مغلقة.
- إبريق الشاي المغلق، حيث يتم تبادل الطاقة وهي الحرارة مع الهواء الخارجي، ولكن لا يتم تبادل بخار الماء معها.

1-1-4 تعريف النظام التعاقدى:

حسب تعريف المنظمة العالمية : "عقد بين كيانين إقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولاً ببعض الأشياء" فهو اتفاق بين شركاء مستقبليين، إذا على هذا الأساس فإن النمط التعاقدى هو إتفاق يربط كل من وزارة الصحة الهياكل تحت الوصاية بهيئات الضمان الإجتماعي، حيث يلتزم الأول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين ويلتزم الطرف الآخر بتمويل الخدمات الصحية.

ومن هنا نجد النمط التعاقدى في الأنظمة الصحية يختلف تماما عن العقد العادى ¹.

ومن هنا نعرف النمط التعاقدى على أنه عقد بين مؤسستين بغرض خلق صلة ومقابل فيما بينهم، الأولى تقدم الخدمة الصحية والثانية تقوم بتعويض على الخدمة المقدمة.

يمكن تلخيص النمط التعاقدى في ثلاثة نقاط أساسية ²:

❖ نقصد به في قطاع الصحة على أنه البحث عن تنمية شراكة حقيقية ودائمة بين القطاع

الصحي والضمان الإجتماعي.

❖ فهو يقوم بتحديد دور الدولة في القطاع الصحي من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام

صحي عادل دون التدخل بطريقة مباشرة.

❖ هو أداة إستراتيجية في تنمية النظام الصحي وبالتالي السياسة الصحية الوطنية النمط

لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الأطراف والجهات الفاعلة.

¹ علواني عديلة،(2016)،أهمية النمط التعاقدى في تفعيل أنظمة التامين الصحي ، مجلة العلوم الانسانية ،العدد 43، □ 448.

²محمد على دحمان،(2016)، سبق ذكره، □ 246.

1-2 شروط النمط التعاقدى¹ وتتمثل شروط النمط التعاقدى في النقاط التالية :

- ❖ **مبدأ سلطان الإرادة لنمط التعاقدى:** وهنا إذا كان العقد ناشئ عن إرادتين أو أكثر وكان هدفه ترتيب أثر قانوني، فإنه يتضح لنا بأن العقد هو تأدية عمل أو أداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع تكاليف الخدمة المقدمة وأطرافه هم:
 - المستهلك أو المريض.
 - منتج الخدمة الصحية الطبيب أو المرفق العام.
 - الذي يقوم بتمويل العملية الإنتاجية المتمثلة في صندوق التأمينات الإجتماعية من جهة ومن جهة أخرى الدولة.
- ❖ **محل الإلتزام:** وهو إلتزام بتأدية عمل، و تحقيق نتيجة، وما يمكن قوله عن الخدمة الصحية أنها تدخل أساسا من جهة الإلتزام ببذل العناية من قبل الطبيب المعالج والفريق الصحي من أجل الوصول إلى نتيجة يهدف إليها الطبيب و المريض.
- ❖ **مبدأ الرضائية:** حسب تعريف النمط التعاقدى فإن العقد هو إحتمالي إرضائي حيث الرضى يعتبر حجر الأساس الذي يقوم عليه التعاقد في المؤسسات الصحية من حيث:
 - إرضاء المستهلك.
 - إرضاء الطبيب أو المرفق الصحي.
 - إرضاء ممول العملية الإنتاجية.
- ❖ **مبدأ السبب:** ونقصد بسبب الغاية والدافع من أجل التعاقد، فالمشرع يشترط أن يكون السبب قانوني ويمشي مع متطلبات النظام العام فمثلا لا يحق لأي طبيب منح أدوية مخدرة أو ممنوعة قصد إستعمالها لغرض الإدمان.

¹ علواني عديلة ، (2014)، انماط التعاقد في الأنظمة الصحية ، دار الهومو لطباعة و النشر،الجزائر ، الطبعة الثانية ، ، 14.

وحسب نظر النمط التعاقدى فالسبب يكمل فيضبط الأموال التي تمنحها كل من الدولة وصناديق الضمان الإجتماعي على أساس الإحصائيات والحسابات التي تقدمها الهيئات الصحية، كما يكمن السبب في الخدمة الإجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها عبر ما يعرف بالمرفق العام.

1-3 خصائص النمط التعاقدى:

النمط التعاقدى يضع كل شريك كممثل مستقل عن المجموعة الأخرى ويقوم بالجمع بينهم بعلاقة تحدد إلتزامات كل طرف منهم بالنسبة للآخر ومن أبرز خصائص التعاقد ما يلي¹:

❖ أن النمط التعاقدى ليس الإنتقال من العام إلى الخاص أو أن تتخلى الدولة عن إلتزاماتها، بل هو أداة في خدمة أنظمة الصحة، ومع تأمين الدولة أن تكون هذه الأداة مستخدمة بطريقة فعالة ومناسبة من خلال المحافظة على الغطاء الصحى دون تحمل جميع أعباء التمويل والتسيير الجيد للمؤسسات الصحية.

❖ إن كل هذا التنظيم يدور في إطار الإصلاحات التي تسعى لها العديد من الدول من أجل تحقيق أفضل تقديم الخدمة لصالح العام، وهذا ما أشار إليه تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة "2000" من أجل نظام صحة أحسن أداء الذي أكد بأن على الدولة أن تأخذ الدور المنوط لها، ومن هنا نفهم أنه يجب تنظيم هذا النمط بشكل يساهم في تحقيق صالح العام.

❖ إن عملية التقييم المستمر لكل مرحلة يشكل عاملا رئيسيا للعملية التعاقدية، وليس المقصود هنا فقط التقييم الداخلى الذي يكون من طرف ممثلين ملتزمين في العلاقة التعاقدية، وإنما يجب أن يكون أيضا ناتجا عن تقييمات خارجية تمكن من تتبع آثار هذه السياسة التعاقدية على أداء أنظمة الصحة.

يجب أن تعمل الدولة كالضامن الأساسى لهذا الإلتحام السياسى الوطنى للصحة بين الأطراف الممثلين للنمط التعاقدى، كما أنها تقوم بالحفاظ على حقها المتمثل في التدخل في الحالات الضرورية

¹ علوانى عديلة، (2014)، مرجع سبق ذكره، ص16.

2- الأسس النظرية أهداف ومراحل النمط التعاقدى:

2-1 أسس النظرية:

يعتبر النمط التعاقدى الحل الأنسب للمشكلات الناجمة عن وضع الأنظمة الصحية من حيث الجودة وغيرها، ومن أجل فهم المنطق التعاقدى أكثر يجب التطرق إلى أسسها النظرية المتمثلة في نظرية الوكالة ونظرية تكاليف الصفقات:

2-1-1 نظرية الوكالة¹:

تم تطوير تعريف علاقة الوكالة بواسطة Jensen و Meckling، الذين يحللونها على أنها "عقد يتم بموجبه شخص واحد أو أكثر (يقوم الموكل) بإشراك شخص آخر (الوكيل) للقيام نيابة عنهم أي مهمة تتطلب تفويض سلطة معينة لصنع القرار على الصعيد العالمى، تعتبر الجهات الفاعلة المختلفة أن أي علاقة فيها يعتمد وضع الفرد على تصرفات الآخر هي علاقة الوكالات.

من هذا المنظور، يُطلق على الفرد الذي يتصرف اسم الوكيل، الفرد من المندوبين هو المدير.

يتم تعريف المدير والوكيل أيضًا من خلال وضعهم فيما يتعلق بالمعلومات: الوكيل بشكل عام هو الشخص الذي لديه المعلومات التي لا تتمتع على الأقل بحرية الوصول إلى المدير.

تكمّن مصلحة نظرية الوكالة في النهج التعاقدى بشكل رئيسي في الدور الحاسم الذي تلعبه الحوافز والرقابة في الإدارة الملموسة للعلاقات بين الجهات الفاعلة في النظام الصحي. عندما نعتبر أن العلاقة بين مدير المستشفى هي علاقة قيادية على سبيل المثال، من الممكن الرجوع إلى أدوات نظرية وكالة لتحديد جميع آليات الحوافز والعقوبات ووضع التحكم المناسب الذي سيسمح للفاعلين التعاقد بشكل فعال.

¹Kara terki assia,(2010), "la régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public" "thèse de doctorat,tlemcen,,p125 -126.

من بين هذه الأدوات، فإن الخطوة الأولى هي تحديد:

- أ- علاقة الإعتماد المتبادل بين الفاعلين
- ب- تحديد واحد أو أي منهم من بين مختلف أصحاب المصلحة، أن تكون في منصب المدير (ليس لديه معلومات كافية) أو وكيل (لديه معلومات زائدة)
- ت- تحديد وفقاً لخصائص الصفقة المختلفة مختلف حوافز التي يمكن أخذها في الإعتبار
- في السنوات الأخيرة، تم تنفيذ عدد كبير نسبياً من الدراسات النظرية للوكالة عندما يتعلق الأمر، على سبيل المثال، بدراسة طرائق أجور المهنيين الصحيين.
- النظرية مهتمة أيضاً بأسواق التأمين الصحي في بعض البلدان التي تمر بمرحلة إنتقالية إلى إقتصاد السوق.
- إذا كانت الأدوات التي توفرها نظرية الوكالة مثيرة جداً للإهتمام إضفاء الطابع الرسمي على العقود بين مختلف الجهات الفاعلة في النظام الصحي للمحللين، هذه الأحداث ليست كافية لتأسيس حقيقي لإستراتيجية قطاع الصحة.
- في الواقع، إذا كان الهدف النهائي هو التعاقد، فيجب أن يكون هذا الأخير الواردة في سياسة تعاقدية تهدف بالتحديد إلى تحسين أداء النظام الصحي ككل.

2-1-2 نظرية تكاليف الصفقات¹:

يعد رونالد كواز أول من طور نظرية تكلفة الصفقات وذلك في مقاله "طبيعة المنشأة". بحيث يري كوز أن اللجوء إلى السوق يعد أمراً معقداً ومكلفاً لأنه يجب العثور على العميل والتفاوض معه، وضمان جودة خدمة معينة وتسليم البضائع. يضاف إلى ذلك عدم اليقين في المعاملات بين الأفراد بسبب محدودية عقليتهم وحقيقة أنهم في بعض الأحيان يتم إغرائهم، بشكل انتهازي. لذلك فإن اللجوء إلى السوق يستلزم تكاليف التشغيل والتي يسميها تكاليف المعاملات.

¹ Guettaf lila, (2011), "la coordination des acteur(public, privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain», Revue des Sciences Humaines, université Mohamed khider Biskra, , p 34.

قام كوز بطرح سؤالين رئيسيين: ماهي المنظمة ولماذا توجد؟

لإجابة على السؤال انطلق كوز من فرضيتين:

✓ إن حدود المؤسسة مرتبطة بالتكنولوجيا ولكنها وحدها لا تكفي لذلك ينبغي الاهتمام أكثر

بتكاليف الصفقات والتي تعرف بالتكاليف التي تنشأ من مختلف النشاطات في المؤسسة.

✓ أن تكاليف الصفقات تختلف سواء كانت داخل المؤسسة أو خارجها لذلك فإن الملاك وقوى

السوق تدفع المؤسسة لتخفيض تكاليف الصفقات.

نظرية تكاليف المعاملات بالنسبة للعلاقات التعاقدية ، تبدو نظرية تكاليف المعاملات أكثر ملائمة

لتفعيل وتثبيت الهدف المتمثل في تحسين أداء النظم الصحية. يعتمد على الافتراضات السلوكية ،

ويؤكد على التكاليف الناتجة عن المعاملات. من خلال محاولة تقليلها قدر الإمكان.

2-2 أهداف النمط التعاقدى:¹

إن نمط تعاقدى أسلوب جديد لتسيير المؤسسة الإستشفائية يقوم بتحقيق الأهداف التي ترفع فعالية

هذا القطاع المتمثلة في:

2-2-1 التحكم في النفقات:نقصد هنا الفعالية والنجاعة:

الفعالية: (efficacité) يقصد بها تحقيق كل الأهداف، وتتمثل النجاعة (efficiency)في تحقيق

الأهداف بأقل تكلفة ممكنة لذا يتعين على المؤسسة الإستشفائية بلوغ أهدافها المسطرة كاملة بأقل

وسائل ممكنة وتحقيق هذه الفكرة يأتي بتأسيس نمط التمويل عن طريق التعاقد، ومن جهة أخرى

بالتوجه نحو المبادرة الحرة وحرية المنافسة، هذا كله يخلق ثلاثة نتائج مهمة:

- **الدقة في التمويل:** يقوم أساس بيانات دقيقة توضح كل الخدمات المقدمة و تكاليفها.

¹ بن حليمة حميدة ،(2006)، "النظام التعاقدى و إصلاح المؤسسة الاستشفائية"، قسم علم الاجتماع جامعة باجي مختار، عنابة، 15-16.

- إمكانية وضع النسب أو المعدلات للنفقات: لمقارنة هذه المعدلات التي يمكن أن تكون عالمية، وطنية أو محلية، مثل: كم تكلف عملية التكفل بمرض "س" في بريطانيا، في الجزائر بين مستشفى "أ" ومستشفى "ب" ومن ثم يمكن معرفة المستشفيات الأكثر مردودية وبالتالي تحفيزها.
- حرية المبادرة والمنافسة: من شأنها دفع الهيئات العمومية إلى التفكير في كيفية تحسين نوعية خدماتها وإستقطاب المريض إليها.

نفهم من هنا أن نظام التعاقدى من خلاله يمكن أن يتحكم القطاع العمومي في نفقاته عن طريق:

- **تشخيص التكاليف:** إن معرفة تكلفة الإجمالية للمؤسسة كاملة لا تفي، بل يجب أيضا معرفة تكلفة أدنى وظيفة في المستشفى، وهنا نتكلم عن اللامركزية داخل المؤسسة نفسها وذلك بأن يفوض المسير الأول سلطة مسك وإعداد الميزانية لكل مركز مسؤولية داخل المؤسسة، وذلك من أجل تقديرات أدق للتوقعات وقيام بتحفيز الموظفين.

- **عقلانية الإنفاق:** وذلك من خلال استغلال الأمثل لموارد المتوفرة وكذا المزايا الجديدة التي يمنحها القانون كالتوجه نحو إبرام اتفاقيات مع متعاونين خارج المستشفى قصد القيام بأعمال معينة والتي تؤدي إلى تخفيض من الأعباء المالية، التشغيلية، البشرية، البنايات التابعة لها، عتاد العمل... الخ...

وزيادة على هذا جهود البشرية قصد التكفل الأمثل بالوظيفة الأساسية للمؤسسة والمتمثلة في تقديم خدمات علاج، فالمؤسسة الإستشفائية هي الجهاز الذي يتم فيه التأليف بين عوامل الإنتاج قصد تحقيق أكبر ما يمكن من الأهداف بأقل التكاليف.

والمؤسسة الإستشفائية تكون خارج هذه العملية ، فالمسير مقيد بأبواب الميزانية هذا الأمر يجعل منه منقفا وليس مسيرا، فالمؤسسة الصحية مطالبة بالإننتقال من منطق البحث عن الموارد إلى منطق البحث عن النتائج والنظام التعاقدى بين النظام الصحي وموليه هو وسيلة لتحقيق ذلك.

- إستعمال المؤشرات الصحية: مثل نسبة الإستشفاء، لا يمكننا أن نتجاهل دور الإقامة الإستشفائية في زيادة نفقات العلاج وهنا لابد من عقلنة الإستشفاء وذلك بإستعمال وبشكل منظم للأسرة داخل المصالح الطبية فالتحكم في نسبة دورانها يسمح بالتخفيض من التكلفة السنوية للسريير بالنسبة لميزانية التسيير ورفع فعالية المستشفى.

- التسيير العقلاني للموارد البشرية: وهنا عن طريق الإعداد بالتقسيم المفصل والدقيق لمهام كل وظيفة poste de fiche وذلك تقسيم يسمح لنا بتقييم أداء مستخدم وهذه أيضا وسيلة للتفيز لتقديم العمال الأفضل من النشاطات، لذلك يجب تنمية معارف مستخدمين حتى تكون لديهم القدرة على أداء المهام المطلوبة منهم وذلك بتكوينهم المتواصل لمسايرة معارفهم مع المعارف الحديثة والتطور المستمر.

2-2-2 تحسين نوعية العلاج:

إن الفكر الجديد يذهب نحو فتح جميع المجالات تقريبا أمام المبادرات الخاصة، هذا الأمر من شأنه أن يخلق منافسة حادة بين كلا القطاعين (العام والخاص) لاسيما في ظل نمو الفكر لدى المواطن الذي نمت فيه الرغبة في تحصيل كل حقوقه، فالمجالات المفتوحة أمامه من قطاع عام والخاص، وشبه عمومي حيث تجعل منه زبونا له حق الإختيار في التوجه لمن يقدم له أحسن خدمة صحية بما في ذلك الدولة والذي لا يستطيع أن يتغاضي عن الوضعية المتدنية في تقديم خدماتها الصحية المقدمة له في المستشفى، ولكي يتفادى المنافسة التي تكون بينه وبين قطاع الخاص وذلك لتمتع الأخير بالمرونة في التسيير، وعلى القطاع العام أن يحسن جودة الخدمات المقدمة للمريض.

ومن هنا يجب على القطاع العام أن يولي الأهمية لمجموعة من المسائل التي بحلها يمكن أن تستعيد المؤسسة الإستشفائية ثقة مموليها والمتمثلة في:

❖ أن يقوم بالاهتمام بحسن الإستقبال والمعاملة والتوجيه.

- ❖ أن يبذل مجهود في الإتصال مع المرضى وشرح وضعيتهم من أجل إسهامهم في المهمة النبيلة التي يقوم بها المستشفى.
- ❖ التركيز على تقديم أفضل نوعية بأقل تكاليف ممكنة قصد الحفاظ على النجاعة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس على الجانب الكمي.
- ❖ إعادة ربط العلاقات مع المجتمع وذلك من أجل كسب ثقة الزبون حول الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام.

2-2-3 تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية للصحة:

لقد تميز نظام الدفع الجزائري بسياسة الغموض في هذه العلاقات وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومولائها، حيث أن مشكلة تسيير اشتراكات المؤمنين اجتماعيا من قبل صناديق التأمينات الإجتماعية بقيت مطروحة فالإعتمادات الناتجة عن الاقتطاعات الإجبارية لم تخصص فقط لخدمة الصحة بل أيضا لتغطية نفقات التسيير لهذه الصناديق (الأجور، مصاريف المنازعات تمويل استثماراتها...).

إن استخدام المؤسسات العمومية للصحة للمبالغ الواردة إليها من طرف الضمان الإجتماعي ليست واضحة في استخداماتها، حيث يستفيد منها المؤمن اجتماعيا وغير المؤمن، وكذا الحال بالنسبة لمساهمة الدولة والتي يستفيد منها المحرومين والميسورين.

إن هذه العلاقات الغير واضحة جعلت معرفة من إستفاد من استعمال الموارد المالية لميزانية المؤسسة الصحية أمرا مستحيلا.

ومع استخدام النهج التعاقدى سيزول الغموض على شبكة العلاقات الناشئة في النظام التمويلي للصحة وزيادة طابع التنظيم والدقة عليها. وعلى المؤسسة الإستشفائية توفير كل المعلومات اللازمة والقيام بتقديمها إلى الجهة المكلفة بتمويلها (صناديق الضمان الإجتماعي، مديريات النشاط

الإجتماعي، الأفراد) و التي تدفع مقابل الخدمات التي استفادة منها الجماعة التابعة لنظام تغطيتها والتي تكون مبنية على أسس دقيقة متفق عليها مسبقا من طرف كل الفاعلين.

2-2-4 التحكم في النظام الصحي:

إن تعايش النظام الصحي في الأزمة ولد الرغبة في إعادة هيكلته تقود بالضرورة إلى الأخذ بعين الإعتبار الهياكل الصحية الموجودة سواء عامة أو خاصة، فان نظام التعاقدى يسمح بتطوير وتحديث النظام فإدماج القطاع العام والخاص في مجال الصحة، ستزول كل الحواجز التي أقيمت منذ مدة بين القطاعين، فسيخلق التعاقد التكامل بين هذين القطاعين وبالتالي يمكن للدولة السيطرة على مجموع النظام الصحي والعمل على إنسجامة، وكنتيجة لذلك تحبب الدولة الإستثمار في المناطق المغطاة صحيا بهياكل إستشفائية تابعة للقطاع الخاص وتتوجه حينئذ إلى المناطق التي تقل أو تتعدم فيها الهياكل الصحية تماما.

2-2-5 إحترام مبدأ تدرج العلاج¹:

النظام الصحي يعاني من عدم توازن في عرض العلاج من مناطق معينة بصفة مذهلة بالوسائل والأجهزة الصحية وكذلك هياكل والمهنيين الصحيين المختصين بالمقارنة مع مناطق أخرى التي تقل أو تتعدم فيها هذه الأشياء، ومهنيي الطب وكذا الهياكل الصحية إضافة إلى التباين الديمغرافي، الصحي، الثقافي، الإجتماعي والإقتصادي التي تؤثر في الطلب على العلاج وبالتالي على مبدأ تدرجه.

ومن أجل هذا فإن نظام التعاقدى يعتبر وسيلة لرسم الآفاق التنموية للمنظومة الصحية لاسيما من حيث برمجة الأعمال والنتائج ورصد الإمكانيات الخاصة لإنجاز الأعمال المبرمجة التي تشكل في حد ذاتها مخططا منسجما، موحدا ومتكاملا يأخذ بعين الإعتبار المعطيات الوبائية للمنطقة والخريطة الصحية وغيرها من المؤشرات.

¹ عسان قلعاوي،(2011)، القطاع العام الى أين؟ ، خواطر حول تخصيص قطاع العام ، دار النشر، ص11 .

وبهذا يحترم مبدأ تدرج العلاج الذي يعد من أهم المبادئ التي تقوم عليها المنظومة الوطنية وهي ضمان المساواة في الصحة.

إن الوصول إلى تحقيق هذه الأهداف يمكننا من الوصول إلى مبدأ أساسي تقوم عليها المنظومة الصحية ألا وهو ضمان المساواة في الاستفادة من العلاج.

2-3 مراحل النمط التعاقدى:¹

يهدف النمط التعاقدى إلى إنشاء علاقة جديدة، فهو تعاقب لمراحل منفصلة تتلاءم فيما بينها من أجل تحسين أداء الأنظمة الصحية، ونلخص المراحل في الشكل التالي:

الشكل رقم (01-01) مراحل النمط التعاقدى



المصدر: العلواني عديلة، المصدر السابق، ص24

2-3-1 المرحلة الأولى: تحضير النمط التعاقدى تعتبر أهم مرحلة، والتي بدورها تحدد الأثر على المراحل اللاحقة، وبالتالي على سير العلاقة التعاقدية بصفة كاملة، ويوجد عنصران أساسيان لهما تأثير على سريان العلاقة التعاقدية في هذه المرحلة وهما:

* **موضوع العقد:** نقصد به موضوع النمط التعاقدى الذي يشرك التأمينات، بحيث هو جد مختلف على الأنماط الأخرى من التعاقد لكون العلاقة مع الممثلين مثل: (المؤسسات الصحية العمومية أو الخاصة، مقدمين آخرين، الإدارة الصحية، الجماعات المحلية) هو من دون شك ذو طبيعة مختلفة،

¹ عديلة العلواني، (2014) مرجع سبق ذكره، ص25.

فالعقد يقوم على أساس الدفع من قبل الغير هو مختلف عن عقد يقوم على ضريبة الرؤوس مع مقدم الخدمات.

* **كيفية تحديد موضوع العقد:** إذا قمنا بافتراض أن مقدم الخدمة يمكن أن يمثل كسلطة لها وظيفة تحويل المدخلات إلى مخرجات أي إنتاج الخدمات الصحية حيث أن:

- **المدخلات:** حيث تكون على شكل موارد بشرية أو مادية أو خدمات بسيطة ومنه يمكن أن يكون موضوع العقد يدور على سبيل المثال حول: غسل الثياب، خدمات النظافة، الإطعام وتكوين العمال.

- **المخرجات:** وهي عبارة عن الخدمات المقدمة للسكان مثل العلاج الفردي أو الوقائية، ومنه يمكن أن يكون موضوع العقد خا □ ب:

* **تنظيم و إنتاج المدخلات:** يقوم بالعمل مع مقدم الخدمات الصحية على إيجاد تنظيم يضمن أكثر فعالية ممكنة لعوامل الإنتاج.

* **اليد العاملة:** يهتم بوسائل العمل وتأمين الخدمات لعمال الصحة.

* **التمويل:** يقوم بالتمويل الأدوات الضرورية لهذه الوظيفة (مادة أولية، أدوية...).

* **الخدمات:** يعهد تأمين إنتاج بعض الخدمات لأشخا □ آخرين، وقد تكون هذه الخدمات غير طبية مثل: (خدمات إطعام المرضى، أو صيانة الغرف)، أو خدمات طبية مثل: أن يقوم مستشفى خا □ (بتأمين تقديم عمليات جراحية معينة لا يمكن إجراؤها في المستشفى أو تأمين بعض التحاليل الطبية من خلال إجراؤها في أحد المخابر).

2-3-2 المرحلة الثانية: صياغة النمط التعاقدى: المشكل المطروح هنا هو أن الممثلين الذين يرغبون في تأسيس نمط تعاقدى على أساس قواعد تعاقدية يجب عليهم صياغة هذه العلاقة في وثيقة، فعلى الممثلين أن يحددوا نوع العلاقة التي يريدون للوصول إليها، ويجب أن تكون هذه المرحلة أكثر دقة من حيث الأهداف والنتائج.

الأهداف والنتائج المنتظرة: تتجلى فيما يلي:

* **الهدف:** في هذه المرحلة يتم الإتصال بين الممثلين من أجل دفعهم للتفاوض وتحديد إلتزامات كل واحد من أجل التفعيل المستقبلي للشراكة، وهذا التفاوض يمكن الشركاء من معرفة الإلتزاماتهم و حقوقهم بالإضافة إلى معرفة النتائج المنتظرة، والوسائل اللازمة من أجل المتابعة والتقييم، بالإضافة إلى معرفة نتائج عدم احترامها لعقد من طرف أحد الأطراف، فمرحلة التحضير للعقد تفضل التفاوض بهدف تخفيض الأخطار والعراقيل التي قد تعترض التنفيذ والمتابعة فيما بعد.

* **النتائج المنتظرة:** وهنا تتمثل أساسا في إمكانية تحضير "عقد" ممضى من الأطراف التي قامت بصياغة نتائج هذا التفاوض، بحيث يكون هذا العقد الوثيقة المرجعية للأطراف المعنية خلال التنفيذ والمتابعة وتسوية النزاعات المتعلقة بالعقد المبرم.

2-3-3 المرحلة الثالثة: تنفيذ النمط التعاقدى وهذه المرحلة يكون العقد ممضى وشروط إستخدامه قد تم التفاوض عليها وموجودة في نص العقد المبرم، وتتجلى المراحل التي سوف تتبع إمضاء للعقد فيما يلي:

* **المعلومات :** من بين الأسئلة الواجب طرحها هي مدى تقبل موضوع النمط التعاقدى لدى الأفراد المعنيين والسكان كما يجب أن تكون أغلبية العقود معروفة لدى المجتمع، وهذا ما يتم عادة عن طريق الصحافة والإعلام بالإضافة إلى الإلزامية التأكد من أن المعلومات تصل بشكل صحيح للمواطن ان لا يكون فيها المغالطة.

* **الإعلام بوجود العقد:** يجب أن تكون أسباب واضحة لوجود هذا ودلائل توضح أسباب وجوده وتشرح موضوعه والممثلين المشتركين فيه معروفين.

* **ضمان تطبيق العقد:** يجب أن يستعمل هذا العقد كأداة يومية للعمل ومرجع يومي للذين يستخدمونه حيث أن:

- يجب استخدام النشاطات وفقا لما يتضمنه العقد من شروط

- تعباً الوسائل حسب بنود العقد (موارد مادية، بشرية).
- يجب أن نعطي للعقد المكانة المناسبة في العمل اليومي، فالعقد يجب أن يكون أكثر انتشاراً وظهوراً أثناء العمل اليومي للمنشأة ويصبح كأداة عمل.
- 2-3-4 المرحلة الرابعة:** نهاية النمط التعاقدى: تكون نهاية العقد حسب ثلاثة حالات هي:
- 1/ التجديد:** و في تكمّل هذه الحالة رضى أطراف التعاقد بكيفية تنفيذه وبتناججه تقرر تجديده مع احترام جميع البنود المشكّلة له وبنفس أجال العقد السابق: (حيث إمضاء عقد جديد وبنفس الشروط).
- 2/إعادة التفاوض:** يكون قرار أعضاء التعاقد على أنه من الضروري الإستمرار في تنفيذ العقد، لكن يجب إعادة التفاوض على البنود وهذا سيغير بشكل جزئي أو كلي الشروط الموجودة في العقد السابق.
- 3/ النهاية:** وهنا يكون قرار بعدم تجديد العقد من الأطراف المعنية، أو في حالة حدوث أضرار وخسائر ناجمة عن تطبيق العقد.

III. أنواع أسس وأسباب النمط التعاقدى

إن العجز الذي عاشته مختلف البلدان من ناحية تنظيم هياكلها الصحية في التمويل والتسيير أدى بالحكومات إلى رفع التحدي تهدف إلى ضمان الخدمة العمومية ذات جودة ونوعية، وهناك من الدول من رأى أن في إتباع النمط التعاقدى وتعدد أنواعه وأسباب إنتهاجه من شأنه من تخفيف التساؤلات والأزمات من بينها الجزائر.

1-أنواع النمط التعاقدى¹:

هناك نوعين من النمط التعاقدى، تعاقد داخلي وتعاقد خارجي:

1-1 التعاقد الداخلي: أن يمنح المدير تفويض لرؤساء المصالح، بمعنى وجود عقد تفاوضي بين رئيس المصلحة والمدير، كما حدد في هذا الأخير الأهداف ووسائل المتابعة، وكيفية حشدها وإستخدامها والاهتمام بنتائج سيرها ودراسة الآثار التي قد تترتب على عدم التزام و تنفيذ هذا العقد.

ونجاح النظام التعاقدى يجب هنا أن يهتم حتما بالإرادة المشتركة في تطوير وسائل تحليل الأنشطة (المحاسبة، التحليلية . .) وعناصر التكاليف.

كما أنه في حالة تطبيق التعاقد فإنه يمكن من تغيير توزيع السلطات والمسؤوليات على مستوى المصالح، وأيضاً يمكنه الذهاب إلى حد إمكانية القيام بعقود مباشرة ما بين المصالح وصندوق الضمان الإجتماعي على حساب إستقلالية المؤسسات العمومية.

1- 2 التعاقد الخارجي: حيث نعتمد على تسيير مؤسس على أساس نظام (مقدم، دفع) إن هذا

الأسلوب من شأنه إلغاء النظام التقليدي السابق الذي إعتمد سابقاً على المساهمة السنوية المحددة في المؤسسات الصحية، وعليه تصبح الخدمات العلاجية تغطي على أساس النشاطات، أي المستشفى يتحصل على إعتمادات أكبر كلما قدم خدمات علاجية أكبر للمرضى، وهذا من شأنه خلق نوع من المنافسة ما بين المؤسسات الصحية وبالتالي تحسين نوعية خدمة المقدمة وخفض سعرها.

¹Marc-olivier cléry ,(2005), « délégation de gestion et contractualisation interne », Les étude hospitalière éditions, bordeaux ,p 17 .

وعليه يصبح النظام الصحي خاضع لمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية (منتج للعلاج) وصناديق الضمان الاجتماعي (مشتري للعلاج).

2-أسس النمط التعاقدى :¹

تتمثل الأسس التي يقوم عليها النظام التعاقدى في ما يلي:

1-2 لامركزية القرار:

عملية تسيير الهياكل الصحية لا تخرج على التطور الذي عرفه التسيير المؤسساتي في ظل إقتصاد السوق، وتبني النهج التعاقدى للمؤسسات الصحية تكون صناعة القرارات من ضمن أولويات الإصلاح، وعليه فقد تم التركيز على أن مصدر القرار يكون دوما لا مركزي، ويجب أن يكون نابعا من الإتفاق الجماعي بين جميع العاملين كل من (أطباء، شبه طبيين وإداريين) فيتكامل كل حسب وظيفته لإسداد ما يراه يتلاءم مع إنجاز وتحقيق أهداف المؤسسة، وهذا من أجل تفادي القرارات الفوقية أو التعسفية التي قد تضر بالمؤسسة والعاملين.

وهذا الأساس الذي يرتكز عليه النظام التعاقدى فهو يمكن المراكز المسؤولة من الإستفادة من تفويض التسيير

والذي يمكن أن يصل إلى تفويض الإمضاءات. ومن خلاله تكون مسؤولية المدير مسؤولية إستراتيجية

responsabilité opérationnelle والهيكل الطبية responsabilité stratégique

فإن التعاقد يقوم على تحفيز الموظفين لتحسين ظروف إنتاج الخدمات الصحية، وعليه يمكن إعتباره كميكانيزمات المناجمنت التشاركي فهو يعمل على ربط المراكز المسؤولة بمدير المؤسسة، فيحددون الأهداف المرغوبة في الوصول إليها ووسائل التي تحقق ذلك.

فلامركزية التسيير تمكننا من أن نتخذ قرارات أكثر صوابا كون أن الموظفين العمليين

opérationnelle

¹Jean paul segade,(2000),la contractualisation a l'hôpital, édition Masson ,paris ,p 25-26 .

الموجودين في الميدان ويكونون على دراية بكل آليات سير المصالح التي يشرفون عليها، الأمر الذي يجعلهم على التحكم في مختلف المعلومات والوقوف على العراقيل والصعوبات التي تعترض السير الحسن للمصالح.

2-2 تحديد الأهداف والوسائل المادية لها:

وتكون بداية النظام التعاقدى من تحديد وإبرام تعاقد داخلي يكون وفق الأهداف المقدمة من الممولين والشركاء الاجتماعيين، ويتم تنظيم وتنسيق هذا التعاقد الداخلي بالمؤسسة بين مختلف أجهزتها أفقيا وعموديا مع مراكز القرار فيها:

المدير

المجلس الطبي

المجلس الإداري

رؤساء الأقسام والمصالح

فكل هذه العناصر تجتمع لمناقشة الأهداف المرجوة، وقيام كل منهم بتعهد بأداء الإلتزامات المطلوبة منهم، وبناء على ذلك يتم تقديم مشروع الأقسام أو المصالح، والذي يجب أن يخضع إلى مقاييس معروفة بتقييم نجاعة المشروع وهي:

أن تكون للمشروع أهدافا واضحة وبسيطة مثل: تقليص نسبة المكوث الإستشفاء.

أن تكون الأهداف محددة ومحصورة مثل تخفيض نسبة وفيات المواليد من 30% إلى 15%.

تحديد المدة الزمنية لتحقيق الأهداف المسطرة مثل تكوين متخصص للأطباء والقابلات، تجهيز قاعات الولادة بتكلفة إجمالية تصل إلى 0 0.0 0 1.350.0 دج

أن يحدد نسبة تحقيق الأهداف وتحديد هامش خسارة مثل: تقدر نسبة تحقيق الأهداف في حالة توفر الشروط إلى حوالي 90% وهامش الخسارة حوالي 10% من النسبة المطلوب تحقيقها.

2- 3 توحيد الرؤية والتواصل:

إن نجاح مشروع المؤسسة في إطار النظام التعاقدى، يجب أن نعمل في جو يسوده توحيد الأهداف والأفكار متقاربة، وهنا يأتي دور التواصل بين جميع شرائح العمال والمستخدمين في المؤسسة وتشجيع الإتصال أفقيا وعموديا

وكذلك يجب أن يقضي على الجدار العازل بين مختلف مكونات المؤسسة: الصحية الإدارة، الأطباء، شبه طبيين، كل هذا من جهة و مسئول الإداري و رئيس القسم و المصلحة من جهة أخرى.

فكل هذه العوارض تسبب لنا عدم توحيد الرؤية، وتمنع التواصل المستمر بين العامل والمسئول في

الأخذ والعطاء le feed back

فالتجربة والواقع قاموا بثبت أنه إذا ما وصل العامل إلى الإقتناع بالهدف الذي تسعى المؤسسة إلى تحقيقه، إجتهد في الأداء للوصول إلى هذا الهدف، وبالتالي سهل على المسئول العملية في إنجاز المؤسسة.¹

فإن توحيد الرؤية والتواصل يؤدي بالضرورة إلى مشاركة المستخدمين في ظل ما نصت عليه الإدارة بالمشاركة، إذ لا يمكن لأي مرفق عمومي النجاح في تأدية رسالته في غياب الإستخدام الأمثل والرشيد لموارده البشرية والعمل المتواصل على تمييزها ورفع قدراتها ودعمها بالإمكانيات المادية ووسائل العمل الضرورية لتحسين ومردودية ونوعية الخدمة العمومية.

فالقائمين على المصالح هم الأدرى بالميدان ومن خلالهم يكمن مصدر نجاح الإستراتيجية الجزئية ومن ثم الإستراتيجية العامة ل مؤسسة لتصل إلى تطور وتقدم المرفق و الوقت المعاصر أكد على أن المستشفيات التي تشجع استقلالية الوحدات العملية يمكنها من اتخاذ تدابير وإجراءات جادة في أوقات الأزمات.

فيظهر التعاقد بأنه نمط تنظيمي، يهتم بتطوير مشاركة المستخدمين في التسيير وتقرب من اتخاذ

القرار على المستوى العملي niveau opérationnel.

¹ وليام روث، (2001)، تطور نظرية الإدارة، ترجمة احمد الخزامي، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة، ص 46.

ومن أجل إنجاح النظام التعاقدى، يجب توفر عدة عناصر مهمة متمثلة في:

النوعية: وتعني الوصول إلى المقاييس العالمية في نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى. وتعرف النوعية في الخدمات الصحية بأنها ليست ضمانا لمطابقة الخدمة المقدمة للرغبة المطلوبة وإنما هي ضمان وضع كل الإمكانيات والوسائل المتوفرة من أجل إشباع رغبات المرضى، وأن كل النقائص المترتبة على الخدمة يتم تحليلها ومعالجتها، وبالتالي فإن ضمان الجودة و النوعية في القطاع العمومي ضرورة لأجل الإستجابة لمتطلبات النوعية التي يطلبها المرضى، علما أن المريض لم يعد تقليدي كما في السابق لقد أصبح يقيم نوعية الخدمات في القطاع العام ويقارنها بنوعية الخدمات في القطاع الخا □.

يجب أن تكون الجودة وفرضها في المحيط العام التنافسي بالإعتماد على ضمان نوعية كمحور أساسي لقواعد التواجد.

التقييم: من أجل تعرف المؤسسة الإستشفائية نقاط ضعفها وقوتها يجب الاعتماد على نظام معلومات صارم أكثر الشفافية وواضح يمكن الإدارة من الدخول في حوار ونقاش مع رؤساء المصالح أو ممثليها بطريقة تساهم في تشخيص الوضعيات الآنية مما يسمح بالوقوف على الصعوبات والعراقيل التي تواجهها من جهة وعلى ايجابيات ومراكز القوة من جهة أخرى وهذا ما يعد أساسيا وأوليا في الإعداد الجيد للمسار الاستراتيجي للمؤسسة سواء كان على المستوى الكلي المؤسسة (أو الجزئي) و الذي من خلاله تعرف المؤسسة مهامها و يسهل عليها تحقيقها.

المصداقية: وهو أساس المؤسسة الصحية والتي يجب أن يكون فيها به عند مفهوم جميع المواطنين وعمال ومسيري المستشفيات.

التكوين المتواصل: وهو العنصر المهم في المؤسسة لضمان الجودة في تقديم العلاج والخدمات الصحية ويشمل التكوين المتواصل كل فئات العمال بالمؤسسية.

المسؤولية: إن المسؤولية هي ركيزة الأمان الوحيدة لترشيد المصاريف الصحية المقررة وفق النهج التعاقدى والتي تسمح بتوضيح مهام كل طرف في المسؤولية.

3-أسباب النمط التعاقدى¹:

3-1 بالنسبة للأسباب العامة:

أخذ فكرة التأثر بالمؤسسات الأجنبية الناجحة بخصوص تمويل نفقاتها.

دعوة المنظمات العامة كمنظمة الصحة العالمية للبلدان الأعضاء إلى تبني نمط التعاقد في إصلاحاتها، وتصر على إحترام شروط نموذجها المرجعي.

إدخال مفهوم إدارة الأعمال في المصالح العمومية.

3-2 بالنسبة لإختيار الضمان الإجتماعي للتعاقد معه:

إن التعاقد بنسبة لضمان الاجتماعي يعتبر وسيلة من اجل الحصول على البيانات والأدوات اللازمة لإجراء عملية ذات جودة عالية ورعاية تنافسية، فالضمان الاجتماعي سيغطي فقط الأشخا الذين المؤمن عليهم اجتماعيا، وفي عمل اللجنة المشتركة بين الوزارات المسؤولة عن مراقبة وتنفيذ هذا التعاقد من المفترض يوفر لنا التعاقد النقاط التالية :

- ❖ جعل الشفافية أكثر في العلاقات بين المانحين ومقدمي الرعاية الصحية .
- ❖ معرفة أفضل لسير النفقات وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.
- ❖ تزايد في الكفاءة أداء مؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي مما يسمح لها باستخدام الرشيد والأفضل للموارد.

¹خلاصي عبد الاله، (2019)، مرجع السابق،ص150.

خلاصة الفصل الأول

زاد الإهتمام في السنوات الأخيرة بالنظام التعاقدى نتيجة لعدم القدرة على التحكم في نفقات المؤسسات الصحية وصعوبة تمويلها. حيث تناولنا في هذا الفصل مفهوم النظام التعاقدى الذي أصبح في وقتنا الحالى أحد متطلبات الإدارة الصحية ناجحة لكونه ينظم ويراقب ويوضح العلاقات بين المؤسسة الصحية ومموليها، كما أبرزنا أهمية النمط التعاقدى في تحقيق منفعة المؤسسات الصحية التي تربطهم علاقة مباشرة بالمولد وبالإضافة إلى أهدافها في التحكم في النفقات وتحسين جودة خدماتها. وذلك من خلال الإلتزام بشروطه ومراحله الكاملة، والتي تعتبر بمثابة نقاط مرجعية يتم الإسترشاد بها.

كما تعرضنا أيضا إلى الأسباب العامة وبالنسبة للضمان الإجتماعى الذى حفز المؤسسات الصحية لتبني هذا النظام، كما أبرزنا أنواع النمط التعاقدى المتمثلة في الداخلى والخارجى.

الفصل الثاني:

علاقة النظام التعاقدى، الضمان
الإجتماعى والمستشفيات

تمهيد:

إن الإختلالات التي واجهتها المنظومة الصحية والمشاكل التمويلية وتسيير مجانية العلاج ترك الدول تأخذ كل المسؤولية التمويلية للقطاع حيث تغطي جزء كبير من النفقات من خلال إعتمادات الميزانية العامة للدولة، وتحتل هيئات الضمان الإجتماعى المركز الثانى فى تمويل النفقات إلا أنه أصبح يواجه صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر للنفقات، وهذا ما أدى إلى عدم توازن عرض وطلب الخدمات الصحية، لهذا يجب إعتماد النمط التعاقدى من أجل التحكم فى الإنفاق الصحى ومن أجل متابعة ومراقبة وتنظيم الهيئات التمويلية ومقدمين الخدمات الصحية (المستشفيات).

سنحاول فى هذا الفصل التعريف بالضمان الإجتماعى والمستشفيات، ومعرفة علاقتهم بالنمط التعاقدى الذى أقترح من أجل تنظيم هذه الهيئات وعلاقتهم.

ومن خلال هذا قسمنا الفصل إلى :

- I. أساسيات حول الضمان الإجتماعى.
- II. أساسيات حول مستشفيات.
- III. نظام تعاقدى، الضمان الإجتماعى و المستشفى

1. أساسيات حول الضمان الإجتماعي:

كلما سارعت العجلة الإنسانية إلى الأمام، تقدمت الإنسانية وظهرت تطبيقات عديدة تظهر هذا التقدم في زمننا هذا، فقد نص الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن كل عضو له الحق في أن يكون مشتركاً في الضمان الإجتماعي وذلك لصون كرامته.

1-أسس مفاهيمية للضمان الإجتماعي:

1-1 تعريف الضمان الإجتماعي:

هو خدمة حكومية عامة تضمن إدارة جميع المخاطر الاجتماعية مثل الشيخوخة والبطالة والمرض والعجز عن العمل، وفي هذه الحالة ينظر إلى الخطر على أنه الحدث الغير مرغوب فيه من المحتمل أن يسبب ضرر الذي قد يلحق بالأشخا □ أو الممتلكات.

ويعتبر من أهم الحقوق الإقتصادية والاجتماعية التي تنص عليها مجموعة من العهود والمواثيق الدولية لحقوق الإنسان فهي لا تقل عن الحقوق المدنية والسياسية¹.

لذا فإن الضمان الإجتماعي يهتم بالمخاطر الاجتماعية للمؤمن عليهم بشكل عام يوفر الضمان الاجتماعي التغطية المثلى ضد المخاطر الاجتماعية للحوادث أو غيرها للناشطين حتى يكونوا هم وعائلاتهم في مأمن من أي خطر².

وفقاً لاتفاقية الضمان الاجتماعي لعام 1952: "الضمان الاجتماعي هو جميع التدابير التي تهدف إلى ضمان الرعاية الطبية لجميع المواطنين والحفاظ على نفس المستوى المعيشي، ويؤمن المرضى والأمومة، والعجز لكبر السن والوفاة"³.

¹ واقع الضمان الاجتماعي في الجزائر، موقع www.etudiantz.com، 2021-05-30،

²Previsma, sécurité sociale "en ligne", 2019, disponible sur :[www.previsma.fr/lexique/sécurité-sociale]·(page consultée en 30/05/2021 07:19)

³ Azzedine, mbarek, "les effet économique de la sécurité sociale : le cas de la Tunisie", mémoire de DEA faculté des sciences économique et gestion, Tunis 1990, disponible sur [www.memoireonline.com]·(page consultée en 30/05/2021 07:25)·

يأخذ مصطلح الضمان الاجتماعي في العالم الحديث معنى البرنامج أو المشروع الذي ينقله القانون، من اجل ضمان الأمن الإقتصادي والرفاه الإجتماعي للفرد والأسرة، وأنه يؤثر على جميع الأفراد المؤمن عليهم المطلوب منهم المساهمة في تمويل من خلال المساهمات المستحقة عليهم ومن قبل أرباب العمل حيث تخصص من راتب الإجمالي.

1-2 مراحل تطور الضمان الإجتماعي:

فقد عرف نظام الضمان الإجتماعي الجزائري عدة تطورات وهذا تبعا للمراحل العديدة التي مرت بها الدولة، فقد مر هذا النظام بمرحلتين ألا وهما مرحلة صدور قوانين إصلاح منظومة التأمين الاجتماعي ما قبل سنة 1983 أين صارت 5 قوانين والمرحلة الموالية قبل سنة 1983 معظم قوانين منقولة من النظام الفرنسي فبعد الاستقلال وسعت الجزائر نطاق الضمان الاجتماعي بحيث قامت بإصدار مجموعة من القوانين سنة 1983 تهدف إلى إصلاح هذا النظام وكذا خلق صناديق خاصة بكل فئة من المواطنين، لذا يتعين علينا دراسة النظام الجزائري عبر مرحلتين مرحلة ما قبل 1983 وبعد ذلك مرحلة ما بعد سنة 1983¹.

1-2-1 مرحلة الأولى ما قبل 1983:

أولا: إبان الإستعمار:

في السابق كانت تمتاز هذه الفترة بالفوارق بين الجزائري والمعمرين إذ كان نظام التأمين على المرض يخص فقط الأوروبيين وكان باقي الشعب لا يستفيد من إعانات رمزية مثل المساعدة الطبية المجانية التي كانت تمنح في المصحات لأن فكرة المعمرين كانوا يحاولون دائما المحافظة على الامتيازات التي يتمتعون بها بوصفهم أعلى درجة من الجزائريين.

¹ Ministère de travail ,de l'emploi et de sécurité social,(2019), " politique nationale et législation de la sécurité sociale»,«en ligne“,disponible au format docx word sur internet :[www-mtess-gov-dz],[consulté 30/05/2021 23:12].

ومن خلال نظر إلى وضعية الجزائر خلال هذه المرحلة يمكن القول أنه الجزائريين لم يعرفون معنى الحماية الإجتماعية¹.

1-2-2 مرحلة بعد الاستقلال 1962 إلى سنة 1983:

عرف ضمان الاجتماعي بالجزائر عدة تغييرات و تطورات بعد الاستقلال وذلك تماشيا مع الاتجاهات المختارة من طرف الدولة الجزائرية وكذا الفوارق الاقتصادية والاختلافات بين الجزائر وفرنسا، التي كان نظامها هو السائد فقد اعتمدت الدولة على الاشتراكية كأغلبية الدول حديثة العهد بالاستقلال مما يفرضه إجراء تغييرات على كل المستويات خاصة في مجال الحماية الاجتماعية لمواطنيه، وبذلك فقد تم الاعتراف بالحق في الصحة والحماية الاجتماعية في الميثاق الوطني عام 1976 وكذا في دستور سنة 1976 الذي اعترف بجميع المواطنين بحقهم في حماية صحتهم وأهم ما يميز هذه المرحلة هو تنوع هذه الأنظمة إذا كانت فئة من العمال أو الموظفين تخضع لنظامها الخاص وكذلك التنوع مبرر بتنوع قطاعات النشاط ما جعل نظام الضمان الاجتماعي الجزائري بهذه الصفة معقد سواء في التنظيم أو التسيير وبقي الحال على ذلك إلى غاية سنة 1970 أين بدأت الإجراءات الأولى إلى محاولة خلق نوع من التجانس بين هذه الأنظمة المختلفة فجاء المرسوم 70-116 المؤرخ في 01 أوت 1970 الذي أعاد تنظيم الضمان الاجتماعي وذلك بإنشاء صناديق متخصصة مع ضم نظام التأمين الفلاحي، والأمر الصادر في 05 أفريل 1971 في سياق الثورة الزراعية، حيث أصبح الفلاحون يتمتعون بنفس مزايا النظام العام الذي كان مطبق على الفئات الأخرى من العمال والموظفين، كما تم بموجب الأمر رقم 74-08 المؤرخ في 30 جافني 1974 كل هذه الأنظمة والصناديق تحت رعاية وزارة واحدة بعد كانت تحت وصاية الوزارات مختلفة إذ تقرر ضمهم لوزارة الشؤون الاجتماعية باستثناء النظام الفلاحي الذي كان تابعا لوزارة الفلاحة.

¹ Arezki kamilia,bounab souad,(2016),«essai d'analyse entre le chômage et la situation financière de la CNR en Algérie (wilaya de bejaia)»,master en science économique :université abderahmane mira ,p 35 .

فخلال هذه الفترة كان النظام الإجتماعي الجزائري يتعايش مع نظامين مختلفين، النظام العام (générale) أي بحسب الفئات العاملة ومجموعة من الأنظمة الخاصة التي تستند على المهنة إلى أن جاء التوحيد سنة 1983.

1-2-3 ثالثا: مرحلة ما بعد سنة 1983

بقيت الدولة تتبع دائما النظام الإشتراكي حيث بدأت التطورات والتوجيهات من بداية سنة 1980 تقرر تطوير نظام الضمان الإجتماعي وتمثلت في :

- أن يعمم الضمان الإجتماعي.
- توحيد الأنظمة والإمتيازات والتمويل.
- مشاركة ممثل العمال في تسيير هيئات الضمان الإجتماعي عبر تمثيل واسع في مجالس الإدارة تهدف هذه الأخيرة إلى إصدار قوانين الضمان الإجتماعي، فسنة 1983 هو تصميم الضمان للجميع دون النظر إلى قطاع النشاط أو الفرد فيشمل جميع العمال والموظفين بالإضافة إلى المعوقين وكذا المسنين بالإضافة إلى السماح بالنقابات والجمعيات الممثلة لهذه الفئات من المشاركة في تسيير هيئات الضمان وقد صدرت سنة 1983 خمسة قوانين وهي:

الضمان الإجتماعي القانون رقم 11/83 .

التقاعد القانون رقم 12/83 .

حوادث العمل والأمراض المهنية لقانون رقم 13/83 .

إلتزامات المكلفين في مجال الضمان الإجتماعي القانون رقم 14/83 .

محاولة المشرع من إعطاء للضمان الإجتماعي نجاعة وفاعلية فقد تم إنشاء ثلاث صناديق للضمان تشمل جميع الفئات وذلك موجب المرسوم التنفيذي رقم 92-07 وهي ¹ :

الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية. CNAS

¹ Ministère de travail ,de l'emploi et de sécurité social, op cit·p3·

الصندوق الوطني للتقاعد.CNR

الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي لغير الأجراء.CANOS

الصندوق الوطني للتأمين على البطالة .CNAC

3-1- الأشخاص المشمولين بالضمان الإجتماعي في الجزائر :

على مر السنين، إمتد النظام ليشمل غالبية الشعب الجزائري. وبالتالي، من الضروري أن تُدرج في الفئات النشطة العديد من الفئات الأخرى من الأشخا □ الذين لا يمارسون أي نشاط مربح والذين يتمتعون أيضاً بحماية الضمان الإجتماعي. وبالتالي يتم تغطية ما يلي¹ :

العمال بأجر.

العاملون لحسابهم الخا □ الذين يمارسون نشاطاً مهنياً لحسابهم الخا □.

فئات خاصة أخرى وتشمل:

العمال المندمجون بالعمالين بأجر

لأشخا □ الذين لا يمارسون أي أنشطة مهنية مثل: الطلاب، طلاب مؤسسات التعليم الفني والتدريب المهني، مجاهدو حرب التحرير الوطنية... إلخ ...

نمنح التغطية الاجتماعية للمستفيدين وهم:

الزوج / الزوجة ؛

الأطفال ؛

الأصول التابعة،

¹ Arezki kamilia,bounab souad,«essai d'analyse entre le chômages et la situation financière de la CNR en Algérie, op cit,p 38

2-أسس النظرية للضمان الإجتماعي:

1-2 المنظمات الإدارية والمالية للضمان الإجتماعي في الجزائر:

الضمان الإجتماعي الجزائري يحتوي على عدة صناديق المتمثلة في:

1-1-2 صناديق الضمان الإجتماعي للأجراء¹:CNAS

في الحاضر يعتبر الضمان الإجتماعي من أهم الأنظمة الإجتماعية الحديثة والتي هدفها القيام بمعالجة الآثار التي تتولد عن الأخطار التي يتعرض لها العامل خلال حياته العملية، وهي الشيخوخة، العجز، الوفاة، المرض والبطالة، وذلك عن طريق إيجاد بديل للأجر في حالة إنقطاعه سواء كان هذا في صورة تعويض أو معاش وذلك بحسب ما يكفل للعامل وأسرته حياة كريمة ومستقرة.

2-1-2 صناديق الضمان الاجتماعي لغير للأجراء CASNOS:

إن هذا الصندوق له مهمة تكفل بتغطية الإجتماعية للعاملين لحسابهم الخا □ مثل تجار الحرفيين والصناعيين وزراعيين وعمال مهن الحرة وجميع النشاطات المهنية وقد جاء هذا في إطار مرسوم تنفيذي رقم 96-434 الذي عدل وتم المرسوم رقم 85-35 المتعلق بحماية الإجتماعية للأشخا □ الذين يمارسون نشاط مهني لغير الأجراء².

2-1-3 صندوق الوطني للتقاعد CNR:

تم إنشاء صندوق التقاعد الوطني (CNR) بموجب مرسوم رقم: 85-223 بتاريخ 20 أغسطس 19تم إلغاؤه وإستبداله بالمرسوم 07-92 الصادر في 04 يناير 1992 بشأن الوضع القانوني لـ Caisses Security Social والتنظيم الإداري والمالي للضمان الإجتماعي، فإن الإتجاه العام للجنة الوطنية

¹AREZKI Kamilia,bounab souad, op cit,p41.

² دليل مراسيم تنظيم الصندوق الوطني لغير الأجراء, ص 2 .

للبحوث في الجزائر هو المستوى الوطني الوحيد، وتتمثل مهمتها في تولي مسؤولية الملفات المحددة وأعمال القادة، والبحث والتطوير والتحليل¹.

2-1-4 الصندوق الوطني للتأمين ضد البطالة CNAC:

تم إنشاء CNAC وفقاً للمادة 4 من المرسوم 94-188 في 6 مايو 1994 وبالتالي، منذ إنشائه في عام كمؤسسة عامة للضمان الإجتماعي، تحت إشراف وزارة العمل والتوظيف والضمان الإجتماعي، والذي يهدف إلى التخفيف أو التخفيض من الآثار الإجتماعية الناتجة عن عمليات التسريح الجماعي للعمال بالأجر في القطاع الإقتصادي التي تقرر تطبيق الصندوق الوطني للإجازة مدفوعة الأجر والبطالة السيئة في الأحوال الجوية للبناء والأشغال العامة .

2-1-5 التعاضديات والتأمينات الإقتصادية:

وتتمثل في:

التعاضديات:

في سنة 1983 تم إلغاء كل الأداءات التكميلية والخاصة بعدما قاموا بتوحيد التنظيمات الإجتماعية وبقيت بعض التعاضديات إختيارية التي تم فئة قليلة من السكان الذين يريدون في تغطية نفقاتهم العلاجية المتبقية من أجل ضمان تعويض المصاريف بصيغة كلية، ومن أهم هذه التعاضديات هو: munatec الذي يضم مجموعة من الأساتذة العاملين في قطاع التعليم، إضافة إلى العديد من التعاضديات الأخرى المتعاقدة مع صندوق الضمان الإجتماعي، من أجل التغطية الكلية للتكاليف وهي²:

تعاضدية الشرطة.

¹LA CNR, «PR2SENTATION : aperçu historiques -[en ligne] ,disponible sur : [www.cnr.dz], consulté en 01/06/2021 01:33].

² عديلة علواني، (2014)، تفعيل النمط التعاقدى في الجزائر: دار الهومة للنشر و التوزيع، الطبعة الثالثة.الجزائر:صفحة 76-77 .

تعاضدية البريد والمواصلات.

تعاضدية الخزينة العمومية والضرائب والمالية.

تعاضدية الجمارك.

تعاضدية عمال البلديات.

تعاضدية عمال الضمان الإجتماعي CNR,CNAS,CASNOS .

تعاضدية عمال الكهرباء.

وكل هذه التعاضديات لا تغطي إلا فئة قليلة جدا من العمال الأجراء.

التأمينات الإقتصادية:

التأمينات الإجتماعية الإقتصادية قائمة على المساهمة في نفقات العلاج في حالة الأضرار الجسمية الناتجة عن حادث المرور أو المرض بدفع نسبة التأمين الباقية بعد تعويض النسبة المتبقية على عاتق صناديق الضمان الإجتماعي، حيث يشترط في هذا النوع من التأمينات أن يتجاوز مجموع العمال 10 والتعويضات المقترحة من شركة التأمين TRUST على عملائها في حالة التأمين تكون كما يلي¹:

تعويض المرض والعلاجات الملحقة: حيث تقوم شركة Trust بتعويض جميع المصاريف الطبية والصيدلانية المتكفل بها الضمان الإجتماعي بنسبة 20%.

تعويض المصاريف الطبية والصيدلانية: حيث له أمين خا □ وهو ضمان المنخرط تعويض مصاريف العلاج الطبية بعد مرض ما أو تعرضه لحادث.

¹ معلومات مستمدة من شركة التأمين trust .

2-2- تقييم هيئات الضمان الإجتماعي:

من خلال أهم التطورات والتغييرات التي عرفتتها هيئات الضمان الإجتماعي وأهم خصائصها ونذكر أهم النقائص والسلبيات في نقاط موضحة في الجدول الآتي:¹

الجدول رقم (02-01): تقييم هيئات الضمان الإجتماعي

النقائص و السلبيات	هيئات الضمان الإجتماعي
لم يتبقى إلا تنظيم وحيد يتكلف بتغطية الصحية لجميع العمال في جميع القطاعات. يقوم هذا الصندوق بتعويض 80% تكلفة علاج والأدوية. يكون هذا التعويض على أساس تسعيرات مرجعية رمزية محددة مسبقا. عدم تصريح أصحاب العمل الخوا □ بالعاملين الأجراء وعدم وجود قوانين تعاقب على هذا.	الضمان الإجتماعي للأجراء CNAS
ضعف حصيله هذا الصندوق وذلك بسبب عدم دفع عديد من المنخرطين الإشتراكات بصفة إنتظامية . عدم تصريح العمال في القطاع الغير الرسمي بنشاطهم مما يضعف من مداخل بإعتبار هذه الفئة تمثل كل المجتمع. لا يقوم هذا الصندوق بتعويض على حوادث الذي يتعرض لها في العمل على عكس الصندوق الخا □ بعمال الأجراء.	الضمان الإجتماعي لغير الأجراء CASNOS
بعدهما توحد هيئات الضمان الإجتماعي لم يتبقى إلا بعض التعاضديات في بعض القطاعات. عدم تواجد التعاضديات بشكل كبير مما صعب عملية تامين لتغطية جزء المتبقي على عاتق المريض والمقدر ب20% من العلاجات.	التعاضديات
قلة الوعي لدى المواطنين مما يجعلهم يعيدون على هذا النوع من التأمينات الإقتصادية.	التأمينات الإقتصادية

المصدر: عديلة العلواني، المرجع السابق، □ 80-81.

¹ عديلة علواني، (2014)، مرجع سبق ذكره، ص80-81.

2-3 مساهمة الضمان الإجتماعى فى ميزانية الصحة:¹

وفقا للمرسوم، من أجل المادة 116 من قانون المالية لسنة 2003 التى تلخص مساهمة الضمان الإجتماعى فى ميزانيات القطاعات الصحية فى المنشآت الإستشفائية المتخصصة (المراكز الإستشفائية المتخصصة والمراكز الجامعية) والتى قد خصصت للتغطية المالية للعبء الصحى للمؤمنين الإجتماعيين، ويستخدم التمويل هذا على أساس معلومات متعلقة بالمؤمنين الإجتماعيين المأخوذين على عاتق المنشآت العامة للصحة وفى إطار الروابط التعاقدية التى تربط الحماية الإجتماعية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وهذا يرتبط بالأسس التالية:

تنشأ منظمات الحماية الإجتماعية من دفع مساهمات المالية السنوية للمؤسسات العامة للصحة فى كل ثلاثى وهذا على أساس المعلومات المحددة للمؤمنين الإجتماعيين وحقوقهم.

يتدخل المراقب المالى لمنظمات الحماية الإجتماعية على مستوى الهياكل الإستشفائية على أساس الملفات والمراجع المحددة.

يجب وضع مصلحة فى المستشفيات والعيادات المناسبة لمنظمات الحماية الإجتماعية المتخصصة من أجل تسهيل معرفة حق التكفل بدون أن تلحق هذه العملية ضررا يمنع أو يؤخر الإهتمام الطبي العادى مهما كانت الفئة التى ينتمى إليها المريض.

إدخال نظام الرسوم مقابل الخدمة:

إن عملية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها الذى إستفاد منها هى من سياسات إصلاح المستشفيات والنظام الصحى الشاملة وتعتبر مصدر تمويل للخدمات الصحية فقد تم تطبيق هذا النظام حديثا فى بعض الدول، وتكون هذه الرسوم مقابل الإستفادة المباشرة من الخدمات الصحية، يجب أن تكون رمزية فى البداية الهدف منها مشاركة المريض فى تحمل جزء من التكاليف المرتفعة للقطاع وهذا من شأنه أن يكون محفز لترشيد الإستخدام ومصدرا للتمويل.

¹ وفاء سلطاني، (2016)، تقييم مستوى الخدمات الصحية فى الجزائر و آليات تحسينها دراسة ميدانية ولاية باتنة، كلية علوم الاقتصادية و تجارية و علوم التسيير، دكتوراه فى تسيير المنظمات، باتنة، ص187 .

إن المبدأ الأساسى الذى يقول أن الدولة هى المعنية الأولى بتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، فإنها تعتنى بحق المواطن فى الحصول على العلاج بغض النظر عن دخله أو قدرته على الدفع. وحسب ذلك فإن أى نظام صحى مقترح يجب أن يحافظ على قدرة المواطن وحقه فى الإستفادة من الخدمة الصحية الجيدة بسهولة مع الحر [] على ترشيد إستخدامها وحسن إدارة مواردها. إن موضوع الرسوم حتى ولو هى الرمزية على بعض الخدمات فى المرافق الصحية المختلفة فهى بالحاجة إلى دراسة ميدانية التى تم إجراؤها بخصوص [] التأمين الإجبارى على المرض وتكون هذه الرسوم على عدة أشكال منها:

- رسوم للبطاقات الصحية.
- رسوم المستشفيات.
- رسوم الشهادات.
- رسوم التراخيص.

ويستفيدون المواطنون المعوزين والمصابين بالأمراض المزمنة الحاملين لبطاقات تثبيت وضعيتهم من إعفاء الرسوم ولا يوجد شك فى أن تطبيق هذه الإجراءات يتطلب جهاز إدارى ومالى ذو كفاءة عالية إضافة إلى الأشخا [] المؤهلة وأمناء الصناديق وكذلك الأجهزة ومعدات الخاصة .

II. أساسيات حول المستشفيات:

تعتبر الصحة في الجزائر من أولويات الدولة الجزائرية منذ الإستقلال حيث تم توفير لها إمكانيات مالية كبيرة لضمان تغطية الإحتياجات الكاملة للمواطن، ويتم عرض الخدمات الصحية من جهتين "القطاع العام، القطاع الخا □".

1- هيئات عرض الخدمات الصحية:

1-1 قطاع الصحة العمومي قبل الإصلاح:¹

وذلك قبل 2007 حيث كان قطاع الصحي هو الذي يتكفل بإحتياجات السكان المتعلقة بالصحة من خلال الميزانية السنوية تكون بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالمالية.

تعريف القطاع الصحي: هو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بإستقلالية مالية ومعنوية وتوضع تحت وصاية الوالي، الذي يقوم باستشارته من قبل وزير الصحة ووزير المالية، ويتكون القطاع من مجموعة الهياكل الصحية التي تقوم بالوقاية، التشخيص، العلاج والاستشفاء... الخ، يقوم بتنظيمه في مجموعة وحدات "جيو طبية" تغطي مجموع سكان يطلق عليه تسمية القطاع الصحي فرعي ويعتبر القطاع الصحي هو وسيلة لتكوين الشبه الطبي وتسيير الإستشفاء وذلك على أساس إتفاقيات توقع مع مؤسسات قائمة بالتكوين، كما يمكن أن تعتمد هياكل القطاع الصحي حسب الكيفيات ويتم تحديدها بقرار مشترك بين وزير الصحة ووزير التعليم العالي.

¹ عديلة علواني، (2014)، مرجع سبق ذكره، ص 94.

1-2 قطاع الصحة العمومي بعد الإصلاح¹:

وذلك في سنة 2007 بموجب مرسوم 07-140 والذي تم إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتم منحها الإستقلالية وهي كما يلي:

1-2-1 المؤسسة العمومية الإستشفائية:

تعريفها: وهي شخصية معنوية تتمتع بإستقلالية مالية وطابع إداري وتكون تحت وصاية الوالي وتتكون من عدة مصالح (العلاج، الإستشفاء وإعادة التأهيل) وتشمل البلدية كاملة أو المجموعة التي تكون تحت قرار وزير الصحة.

مهامها: يتمثل إهتمامها الوحيد في تغطية الرعاية الصحية الكاملة للسكان وتتولى مهامه في النقاط التالية:

تطبيق برامج وطنية للصحة.

ضمان برمجة وتنظيم توزيع العلاج وتشخيص وإعادة التأهيل.

مكافحة الآفات الإجتماعية والحفاظ على الصحة العمومية.

القيام بتجديد معارف المستخدمين وتحسين مستواهم.

كما أنها مؤسسة لتكوين الأطباء والشبه الطبي وتكوين الإداريين وذلك بإتفاق يبرم مع مؤسسات التكوين.

1-2-2 المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

تعريفها: هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالإستقلال المالي وهي تحت وصاية الوالي، وتحتوي على مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان وتتحدد مشتملات المادية لهذه المؤسسة وحيزها الجغرافي الصحي الذي يقوم بتغطية السكان بقرار من وزير الصحة.

¹ عديلة علواني، (2014)، مرجع سبق ذكره، ص 95 .

- مهامها: تتكفل بصفة كاملة بمجموعة عناصر وهي:

- تشخيص المرض.
- العلاج الجوارى .
- العلاج القاعدي.
- الفحوصات المتعلقة بالطب العام والخاص.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

كما تتكلف مؤسسة الصحة الجوارية بما يلي:

- تساهم في محافظة على البيئة .
- مساهمة في تحسين مستوى عمالها في المصالح.

1-3 تقييم هيئات مكلفة بتقديم الخدمات الصحية¹:

بعدما تم إصلاح المنظومة الصحية في 2007، منحت الإستقلالية المالية لها من أجل التكيف مع تطبيق النظام التعاقدى، لكن بقيت هذه المؤسسات تعاني عدة نقائص سواء على مستوى التجهيز أو التسيير ونلخصه في الشكل التالى:

¹ عديلة علوانى، (2014)، مرجع سبق ذكره، ص 99.

الشكل رقم (02-01) تقييم هيئات الخدمات الصحية



المصدر: إعداد الطالبة

2-وظائف وأنواع المستشفيات:

2-1 وظائف المستشفيات:¹

إن المستشفى هو مؤسسة تقدم الخدمات الصحية، فهو يؤمن الإستشفاء للمرضى والمسعدات المعنوية ويهدف إلى تحقيق حاجيات السكان، فالمؤسسة الصحية لها عدة وظائف منها تقديم العلاجات التقليدية والإستشفاء، الفحص عند طبيب مختص، الوقاية ونلخصها في النقاط التالية :

الوظيفة السوسيو إقتصادية: إن الوظيفة الأولى والمهمة في المستشفى هي معالجة المرضى وذلك عن طريق عرض علاجات ذات جودة، كما أن له مهام أخرى مثل التعليم والبحث لإنجاز الخدمات الصحية الأخرى.

الإستشفاء: ويمثل الوظيفة الأساسية للمستشفى ويقوم بالإعتناء للمريض ليلا ونهارا، وقد إنخفض التكفل الإستشفائي بالمريض كليا خلال العشر سنوات الأخيرة حيث أن المرضى أصبح يتلقى علاجا مكثفا خلال فترة قصيرة جدا كما أن هذه التغيرات غيرت من تشغيل المستشفى وهذا لسببين:

أولا: إن التطور الذي شهده الطب يتطلب اليوم أقل عدد من الأسرة للتكفل بالمريض والعلاجات قصيرة الأجل، و من جهة أخرى يتطلب هذا التطور تواجد أحدث أنواع التكنولوجيات المكلفة جدا.

ثانيا: هنا من جانب الأطباء والمرضى الذين بالحاجة إلى تطورات تقنية في الأجهزة حيث أصبح المريض يبحث على الجودة في الخدمات الصحية.

العلاجات التقلية: العلاجات التقلية هي عبارة عن مجموعة من النشاطات التي تحوى فحوصات الأطباء المتخصصين بخدمات الاستعجال، وبعض العلاجات الخاصة مثل: تصفية الكلى، المعالجة الكيماوية، حيث أن النشاطات قد تطورت بشكل أساسي منذ بداية الثمانينات خاصة بفضل التطور التقني في مجال الكشف والمعالجة.

¹ عديلة العلواني، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار الهومة للطباعة و النشر، الجزائر، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص 49.

وقد تطورت العلاجات التقلية بفضل تطور تقنيات التخدير والجراحة والمقصود تدخلات جراحية غير إستجاليه والتي تجري في المؤسسة الصحية خلال فترة لا تتجاوز 12 ساعة من الدخول حتى الخروج.

التعليم والبحث : إن التطور العلمى متعلق بحث مستمر للأطباء وتحسين المعارف بفضل البحث العيادى والوبائى والصحة العمومية، هذين النظامين هم بحاجة إلى وسائل عيادية تتواجد قبل كل شيء في المستشفى.

2-2 أنواع المستشفيات¹:

هنالك العديد من المستشفيات وهي مصنفة إلى ثلاثة أنواع:

المستشفيات المشتركة: غالبا ما تكون صغيرة الحجم تتكون أقل من 50 سرير، تقوم بتشخيصات قاعدية وعلاجات ترميزية، وغالبا تكون فيها عوائق للوصول إلى مستوى أعلى من الإستشفاء، وهو ما أدى إلى غلق العديد منها وتحويلها إلى هياكل إجتماعية.

مراكز الإستشفاء: وهي التي موقعها يكون في مقاطعات وهي ذات حجم متوسط تحتوي على 200 إلى 500 سرير، ويكون فيه ثلاثة إختصاصات قاعدية (طبية، جراحية، توليد) وبعض التخصصات المتعلقة بالطفولة والإنعاش، كما تتوفر على إستديو الإشعاعات والمخابر وأحيانا مصلحة الإستعجال والجراحة التقلية.

مستشفيات القطاع الثالث: وهي تحويل المرضى من مستشفيات العلاج الثانوى لها،

وهذه المستشفيات تعتبر ذات خبرة عالية ولها خبرات فنية متخصصة مثل: جراحة القلب والأعصاب وعلاج أمراض السرطان المتقدم وزراعة الأعضاء.

¹ عديلة العلوانى، الطبعة الثانية، مرجع سبق ذكره، ص 51-52.

إن مستشفيات قطاع الثالث تلعب دوراً مهماً في مجال البحث والتعليم وتكون غالباً مختلطة مع المستشفيات الجامعية، وهي صعبة في التسيير ومكلفة من حيث عمله ولا يؤمن فقط التشخيصات والعلاجات المعقدة ولكن أيضاً علاجات القاعدة للسكان المجاورين.

المستشفيات الجامعية: تكون ملحقة بكلية الطب وتعتبر من المؤسسات الجامعة يسيرها أعضاء التدريس بكلية الطب، وهذا النوع من المستشفيات له نفس طرق التسيير مع المستشفيات العامة وفيها بعض أقسام تعليمية مثل مشرحة وقسم حوادث والجراحة.

III. النظام التعاقدى، الضمان الإجتماعي، المستشفى

إن المؤسسات الصحية في الجزائر تواجه عدة إختلالات خاصة في التمويل، والسبب الأساسي لهذا هو طريقة التمويل الجزافي الذي لا يكون فيه أي منطق إقتصادي، من خلاله تم تبني مفهوم الإنفاق الصحي دون نظر إلى جودة الخدمات المقدمة مما أدى إلى عدم التوازن بين العرض والطلب، لذلك توجب هيكلة العملية التمويلية بين الأطراف الثلاثة (الدولة، الضمان الإجتماعي، المؤسسات الصحية) وذلك من خلال تبني نمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الخدمات الصحية والزيادة في الفعالية.

1- مسار التعاقد ودور الدولة في النظام التعاقدى

1-1 تنظيم مسار التعاقد بين هيئات الضمان الإجتماعي والمؤسسات العمومية¹:

1-1-1 التعاقد بين الضمان الإجتماعي والمؤسسة العمومية للصحة خلال تجربة 1962 إلى

1974:

يستفيد المؤمن الإجتماعي وعائلاتهم من تغطية إجتماعية وهذا على حسب نوع الخدمات المقدمة وذلك إذا كانت:

علاجات إستشفائية داخلية.

علاجات تنقلية أو خارجية.

¹ علواني عديلة، تفعيل، (2014)، المرجع السابق، ص45.

- العلاجات التنقلية (ambulatoires):

وتكون هذه العلاجات من خلال الفحوصات الطبية، الجراحات الخفيفة، طب الأسنان ومختلف النشاطات الطبية الأخرى في القطاع العمومي والخاص، فيدفع المستفيد من التأمين المقدم ثم يقوم مصاريف بنسبة 80 إلى 100% من طرف هيئة الضمان الإجتماعي التابع لها.

- العلاجات الإستشفائية (internes hospitaliers)

وتتمثل في :

الموزعة عن طريق القطاع الخاص وتضم:

العيادات الغير متعاقدة: إن سعر اليوم الإستشفاء مثبت وفق التنظيم حيث يقوم المريض بدفع مسبقا هذه المصاريف ثم يقوم الضمان الإجتماعي التابع له بتعويض هذا بنسبة 80 إلى 100%.

المؤسسات المتعاقدة: حيث تكون التسعيرة الجرافية مثبتة في الإتفاق الذي يكون بين الضمان الإجتماعي والمؤسسات الصحية، يدفع المريض جزء من المبلغ المتفق عليه أثناء العلاج ويدفع الضمان الإجتماعي بتحمل باقي المصاريف وفق إتفاق الممضي.

الموزعة عن طريق القطاع العام: و تضم:

العلاجات الإستشفائية المعروضة في القطاع العام ويكون السعر اليومي ممثل في متوسط التكاليف اليومية لتشغيل المصلحة وعند دخول المريض للمستشفى حيث تتكفل بمصاريف العلاج الحماية الإجتماعية التابع لها.

1-1-2 الإصلاحات التي عرفها مقدمون الخدمات (هيئات تقديم الخدمات):

إن بداية في تجسيد مبادئ التعاقد بين الضمان الإجتماعي الذي يقوم بتمويل المنظومة الصحية والأطراف التي تقدم الخدمات الصحية، أجبر الدولة على تصويب إصلاحات جديدة لتنظيم قطاع الصحة من خلال المرسوم التنفيذي رقم : 7-140 الذي تم فيه خلق المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH) والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP) مكان القطاعات الصحية

المتواجدة سابقا حيث تكون نشاطات الإستشفاء ممثلة على مستوى (CHU.EHU.EUS.EH.EPH) وعيادات التوليد الواقعة التي تكون خارج المؤسسات الإستشفائية للصحة والتابعة للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنقسم المنظومة الصحية في الجزائر من:

المركز الإستشفائي الجامعي " المؤسسة الإستشفائية الجامعية في تلمسان "

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة.

المؤسسات الإستشفائية.

المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

1-1-3 الإصلاحات على مستوى صناديق الضمان الإجتماعي:

إن عملية تطبيق النمط التعاقدى يفرض على صناديق الضمان الإجتماعي إصلاح على كافة المستويات المحلية والوطنية، ومن أجل الإستجابة لما تحتاجه هذه الإدارة من إصلاحات للعمل بأكثر فعالية ونجاعة، حيث تم تصيب هيئات تشرف على هذه العملية من المستوى المركزي إلى المحلي وهي:

على المستوى المركزي (الإدارة العامة): ويتم هنا تحويل كل المعلومات من الوكالات المختلفة لمصالح (hôpital-clinique) الإدارة العامة مع توظيف شبكة مكلفة بالنمط التعاقدى في المؤسسات (المتابعة، التقييم...).

على مستوى الوكالات: حيث تكون في الوكالات مصلحة خاصة بالمستشفى موزعة على 49 وكالة ومن أهم المهام الموكلة لها:

التحقق والبحث عن صفة المؤمن.

قيام بإعداد شهادات التكفل بالمرضى المؤمن لهم إجتماعيا.

مراقبة الإحصائيات الخاصة بالمؤمن لهم إجتماعيا وذوي حقوقهم ومعالجتها وتحويلها إلى الإدارة العامة من أجل التحقق ودراسة الملف.

على مستوى مراكز الدفع: ويكون هنالك مركز وحيد للدفع في المستشفيات بحيث يوجد في نفس المرتبة العديد من مراكز الدفع المزودة بشبكة مكلفة بالتعاقد ويتم إختيار هذه المراكز بناء على: قرب مراكز الدفع للمستشفيات. حضور طبيب للمراقبة.

1-2 تنسيق بين أطراف التعاقد:¹

يكون هذا عن طريق التنسيق بين هيئات الضمان الإجتماعي CNAS و CASNOS أن يفعل دور ممثلي وزارة الداخلية والجماعات المحلية لتسهيل العملية من أجل تحديد المعوزين. تقوية العلاقة بين منشآت الصحة على مستوى الولاية ووكالات الضمان الإجتماعي من أجل التأكد من صحة ملفات المنخرطين فيها. القيام بمراقبة النشاطات والتقييم المالي للمنشآت الصحية بخلق فكرة وجوب تعميم إستخدام الإعلام الآلي في مختلف البرامج وتكوين أفراد مؤهلين ومكلفين في هذا الميدان. التقييم والإطلاع على الإتفاقيات الممضية من طرف وكالات الضمان الإجتماعي CNAS مع بعض العيادات الخاصة بغية إلحاق هذه الخدمات الإستشفائية بالقطاع العام لضمان تقييم مماثل للتكاليف، وذلك للحالات التي تتطلب العلاج من نفس الصنف. إدماج الخدمات المتفق عليها من قبل وكالات الضمان الإجتماعي CNAS في إطار تقليل التنقل من أجل العلاج في الخارج. دعم العلاقات لتسهيل عملية الوصول لملفات المرضى المؤمنين عليهم.

¹ وفاء سلطاني،(2016)، مرجع سبق ذكره، ص 216.

1-3 دور الدولة في النمط التعاقدى:¹

إن النمط التعاقدى ليس بمفهوم الخصخصة وتخلي دور الدولة بشكل نهائي على القطاع الصحي ولكن أداة لمراقبة الدولة لهذا النظام وضمان إستخدام النظام التعاقدى بشكل فعال لذا دورها يتمركز على مستويين:

✚ **الدولة كفاعل في العلاقات التعاقدية:** عدم رغبة الدولة في أن تكون الجهة الفاعلة هي فقط في الصحة، لكنها في الوقت نفسه عدم رغبتها في الانسحاب من تقديم الخدمات الصحية وتمويلها، فإن التعاقد في هذه الحالة هو وسيلة لربط الصلة بحيث تصبح الدولة موقعة على العقد الذي أبرمته مع الجهات المعنية.

✚ **توفير الخدمات الصحية:** الدولة ترغب في الحفاظ على قوتها للتغطية الصحية للبلد بدون تحمل كامل مسؤولية تمويل وإدارة المرافق الصحية مع الاحتفاظ بملكية مرافقها الصحية، لهذا تفوض الدولة مسؤولية إدارتها وتجلب مقدمي الخدمات قطاع الخاصة وأصحاب الخدمات الصحية للانضمام إلى الخدمة العامة، ولهذا لن تكون الدولة مشغل الخدمة الصحية لكن من خلال عملية التعاقد تبقى صاحبة القرار في نظام الصحي.

✚ **شراء خدمات الصحية:**

- **من الخارج:** وذلك بدل من القيام بأنشطة معينة، تقرر الدولة شراء الخدمات من ممثل آخر ويكون هذا عادة من قطاع الخا □، والعقود مترتبة عن هذا هي عقد الخدمة، وتتطبق إستراتيجية الشراء هنا على مستويين على حسب الغرض من الشراء وهما:

يقصد الشراء منتج نهائي خدمة صحية التي يتم توفيرها من قبل موفر يعمل أو لا يعمل في المؤسسات الصحية.

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

والآخر يتعلق بالشراء مرتبط بعوامل الإنتاج كالغسيل، الترميم، المرضى، الصيانة.... الخ.

- **من الداخل:** من أجل تجنب عيوب متعلقة بتركيز جميع الوظائف داخل نفس الكيان، يكمن للدولة أن تفصل في وظائف التمويل و هذا عن طريق إنشاء كيانات محددة، هذا الأمر حتى لو كان مصطنعا جزئيا، سيكون له الفضل في جلب كل من أصحاب المصالح والممولين للتفاوض مع أصحاب المصلحة الآخرين، حيث يجب أن تؤدي هذه المفاوضات إلى تنظيم تعاقد يضمن كفاءة أفضل للنظام الصحي، من خلال إنشاء وكالات متخصصة ذات ميزانيات عامة، الدولة تمنح لنفسها وسائل التنافس مع هيئات الرعاية الصحية (مقدمون الخدمة).
- ✚ **الدولة كمنظم للعلاقات التعاقدية:** على الدولة تنظيم العلاقات التعاقدية بحيث تساهم في المصلحة العامة وتحسين أداء النظام الصحي ويكون هذا من خلال عدة أشكال، وتتمثل هذه في إمكانية الدولة لتنظيم العلاقات التعاقدية فيما يلي:
- **مرافقة العلاقات التعاقدية:** وهذا من خلال:
- **الإطار القانوني:** على الدولة أن تضمن بأن النصوص القانونية للبلد تسمح بالتعاقد، ويجب عليها أيضا إتخاذ التدابير التي من شأنها تسهيل العلاقات التعاقدية.
- **المنافسة:** يكمن دور الدولة هنا في ضمان التنافس وتنظيم المنافسة أمام الجهات الفاعلة التي تريد أن تدخل في المنافسة لأجل إقامة العلاقة التعاقدية.
- **المراقبة:** وهذا يمكن للدولة من ممارسة الرقابة على العلاقات التعاقدية التي تكون بين الجهات الفاعلة لها.
- **نظام المعلومات:** تكون للدولة مسؤولية وضع نظام فعال للمعلومات حول العلاقات التعاقدية.
- **المراقبة:** تمكن للدولة ممارسة الرقابة على العلاقات التعاقدية القائمة بين الجهات الفاعلة.

- التدريب: أن يحضى كل الفاعلين بالتدريب الذين يحتاجونه بكل أشكاله، لأن التعاقد يضمن العديد من المفاهيم التي تأتي من تخصصات مختلفة الإقتصاد، القانون، الصحة العامة، العلوم السياسية والإدارية....الخ).
- السياسات التعاقدية: هي مسؤولية تقع على عاتق الدولة تنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية وبشكل أكثر وضوحا حيث تكون وزارة الصحة المحرض الرئيسي للسياسة التعاقدية، كما يمثل هذا الدور إلى إحدى الوظائف الأساسية للنظام الصحي فإن الدولة من خلال هذه الوظيفة توكل لها مشروعية توجيه السياسة الوطنية للصحة حتى وإن كانت ممارسة هذه الوظيفة تستلزم مشاركة جميع الجهات الفاعلة، ولهذا فإن تطوير وتنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية يعد وسيلة فعالة لتنظيم الممارسات التعاقدية، لأنه يتم منح وزارة الصحة الوسائل اللازمة لتنظيم وتوجيه الجهات الفاعلة.

2-أنواع التعاقد للمستشفى وصيغة نمطه التعاقدى

1-2 النظام التعاقدى فى المستشفى:¹

✚ التعاقد الداخلى:

يعتمد هذا التعاقد على طبيعة ملكية الهياكل الإستشفائية وأنماط التسيير، فالتعاقد الداخلى يكون فى المستشفى التى يكون فيها نظام المعلومات حيث يقوم بعرض الإيرادات والإستهلاك ووجوب أن تكون هناك معطيات موضوعية لتجنب الأخطار ممكنة فى المعلومات التى تساعد على تحديد إذ كان عقد محترما أو لا، ومن أجل أن يكون التعاقد الداخلى فى المستشفى يجب أن يتوفر:

الجدول رقم (02-02) حاجيات التعاقد الداخلى

الإدارة	المصالح	العقد
تكون السلطة العليا (مجلس الإدارة أو الممثل للسلطات العمومية) هى المسؤولة عليها وتقوم بقيادتها وحرصها على تحقيق الأهداف المرجوة.	يكون رئيس المصلحة هو المسؤول يحدد كيفية الوصول إلى الأهداف وكيفية إستخدام الوسائل بشكل أحسن كما أنهم مسؤولين عن النشاطات الجارية.	و يبرم عندما يكون الفاعلون الرئيسيون قد انقسموا أهدافا مشتركة لا يجب أن يعيق إتخاذ القرار عندما تكون المشاكل بين المصالح فعلى المؤسسة بأن تفرض القرارات عندما لا يكون التوافق.

المصدر: إعداد الطالبة

✚ التعاقد الخارجى:

ويتمثل كل التعاقد الذى يبرمه المستشفى مع هيئات خارجية وتتمثل فى عدة أشكال:

¹ Tlilane nouara , (2014) »la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérieenjeux et perspectives revue scientifique ;économie et la société,N°10,université Bejaia ,p79.

- **التعاقد الخارجي العمودي:** وهي الذي تكون فيه المستشفى في وضعية أصل أي نحو الأسفل أو في وضعية الوكيل إلى الأعلى.
- **التعاقد العمودي نحو الأعلى:** وهنا يكون للمستشفى علاقة مع جميع الفاعلين (هيئات الوصاية، هيئات التمويل والمستخدمين) كل من الهيئات المذكورة تتفاوض مع الوكيل الذي هو مقدم الخدمات الصحية (المستشفى) وعند ذهاب إلى هذا النوع من التعاقد يعتمد على نوع الملكية وأنماط التسيير لهذا المستشفى.
- **التعاقد العمودي للأسفل:** يخص العلاقات التي بناها وطورها المستشفى مع ممولين المصادر المتعلقة بالإنتاج وتتمثل في المدخلات الأولية ويتم هذا التعاقد من الأسفل عندما يكون المستشفى المتنقل في وضعية رئيسي الأصل حيث يبحث مقدم الخدمات على عمل بعوامل إنتاج بفعالية أكبر من أجل ضمان إنتاج الخدمة والمدخلات المتمثلة في:

الجدول رقم (02-03): مدخلات المؤسسة الإستشفائية.

المادية	موارد البشرية	الخدمات الوسيطة
يجب على المستشفى أن يزود بمدخلات مادية:	تعتبر وزارة الصحة على إحتياجهم للعمال ومجالات عملهم وخبرتهم وتنفيذ	وتتمثل في طلب المستشفى إطعام مرضاها أو الصيانة أو التنظيف.
أدوات طبية جراحية ماء، كهرباء، غاز... الخ.	التعيينات داخل المصالح في المؤسسة.	التأمين على الخدمات الجراحية المتخصصة الغير موجودة في المستشفى.

المصدر: إعداد الطالبة.

- **التعاقد الخارجى الأفقى:** هذه الإتفاقيات تكون مبرمة بين المستشفيات والوكالات الأخرى للصحة سواء على المستوى الوطنى أو الدولى وكذلك العقود التى تبرم مع هيئات غير تابعة للصحة، وتقوم الهيئات الصحية بإنتاج العلاجات ولكنها تقوم أيضا بنشاطات التكوين والبحث، وتأخذ هذه النشاطات أهمية فى الدول المتطورة عكس الدول النامية التى يكون فيها التعاقد كما يلي:

- تعاقد الشراكة على المستوى الوطنى.
- التعاقد مع وكالات التكوين والبحث.
- التعاقد مع هيئات غير صحية.

2-2 تعزيز الصيغة التعاقدية بين هيئات الضمان الإجتماعى والمؤسسات العمومية:¹

القوانين المالية الصادرة منذ سنة 1993 أن مساهمة هياكل الضمان الإجتماعى فى ميزانية المؤسسة العمومية للصحة يجب أن تطبق على أساس أنماط تعاقدية، كما توضح من جهة أخرى بتكفل ميزانية الدولة بنفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبى وتهدف هذه إلى:

التحسين من خدمات العلاج المقدمة للمرضى فى المستشفى.

تقييم النشاطات وتكلفة الإستشفاء.

التوجه تدريجيا نحو علاقات تعاقدية بين الممولين والمستشفيات.

أدوار وصلاحيات المتدخلين فى العملية:

- مسيرى المؤسسات العمومية للصحة:

هذا الجهاز يجب أن يكون فيه توضيحات وتفسيرات واسعة فى محتواه وأهدافه قصد إنجازه ويجب أن يستهدف مجموع الأطراف المعنية خاصة:

¹Mise en œuvre de la contractualisation, Ministre de la santé, de la population, point de situation au 31 décembre 2003.

- الأجهزة الإستشارية: المجلس العلمى، المجلس الطبى

ممارسون ورؤساء المصالح الطبية.

المراقب الطبى.

- مكتب القبول (مكتب الدخول):

إن لمكتب القبول أهمية كبيرة فى تسيير ومتابعة الملف الطبى الإدارى للمرضى تم تكريسها فى الهياكل التنظيمية للمؤسسات الصحية كما حددتها التعليمات رقم 03 التى جاء بها وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المتعلقة بتنظيم وتسييره، ويجب إشترك ممثلى وكالات الضمان الإجتماعى ومديرية النشاط الإجتماعى للولاية فى نشاطات مكتب القبول.

- منظومة الإعلام:

يجب عدم الإستعمال فى إطار هذه العملية إلا الوثائق التى تم إعدادها وتبنيها، وجوب توفر هذه الوثائق بشكل دائم وأن تملأ بدقة لتسهيل إستعمالها خاصة عند تحضير عناصر الفاتورة.

- مركز الضمان الإجتماعى:

يجب أن يكون هناك مركز خاص للضمان الإجتماعى على مستوى كل مؤسسة صحية معينة، ويجب على المسيرين منح المقررات الضرورية وتوفير كل التسهيلات لإدخال وسير النشاطات الإدارية والمراقبة الطبية.

- مدراء النشاط الإجتماعى للولايات:

مدراء وكالات الضمان الإجتماعى يتكلفون بتعيين الإطارات الضرورية على مستوى المراكز التى تم إختيارها "مكتب القبول المكاتب البلدية للنشاط الإجتماعى" وبعد تحديد المعوزين غير المؤمنين لهم إجتماعيا يقوم بتسليم لهم بطاقة المعوز والتى تمكن من الإستفادة من بطاقة التأمين الإجبارى، حيث تدفع الجماعات المحلية أقساط إشتركاتهم.

3- المشاكل والصعوبات التي حالت دون تطبيق النمط التعاقدى:

من الرغم أن النظام التعاقدى جاء إلى تنظيم ومراقبة التمويل الصحى ورغم القرارات التي إتخذتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بغرض تطبيق هذا النظام والعمل به وتلي على النظام الجزافى، إلا أنه إعترضه العديد من الصعوبات وجعله لا يزال في بداياته رغم أنه إقترح منذ التسعينات وتتمثل هذه المشاكل في:

يجب توفر نظام المعلومات موثوق ويتمتع بشفافية في تقييم الأداء الكمي والنوعي.

يجب أن تتوفر القيادة السياسية ومهارات وإتصالات فعالة ولم يتم توفر كل من هذا.

الغموض الكامل من جهة المرضى حيث يمثل 30% يمثلون المؤمنين اجتماعيا 10% معوزين 60% غامضة.

ومن أهم أسباب تأخر النمط التعاقدى في تمويل النفقات الصحية هو عدم تهيئة المؤسسات الإستشفائية للمشروع.

العمل بالمحاسبة العمومية عكس ما يتطلبه النظام التعاقدى.

نقص المعدات التي يتطلبها النظام التعاقدى.

قيود التمويل التي يعاني منها الضمان الإجتماعى.

خلاصة الفصل:

تناولنا في هذا الفصل أساسيات حول الضمان الإجتماعى حيث تعرفنا من خلاله على الضمان الإجتماعى وأهم المراحل التي مر بها والهيئات المتعلقة به كما تعرفنا على أنواع الضمان الإجتماعى وتقييم هيئات الضمان الإجتماعى، كما أشرنا أيضا إلى الجهات التي تقدم الخدمات الصحية المتمثلة في المستشفيات حيث تم تعريفها وأنواعها وسلبياتها، كما تم التطرق إلى العلاقة بين هذه الهيئات والنمط التعاقدى الذي ينظمها ويبين مهام كل منه.

الفصل الثالث:

دراسة ميدانية المستشفى

متخصصة الأمراض العقلية -

تيارت -

تمهيد:

بعدما تطرقنا إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالنظام التعاقدى وأهميته وكذا أهم المفاهيم المتعلقة بالضمان الإجتماعي والمستشفيات والدور الذي يلعبه النظام التعاقدى في تحقيق الفعالية بكونه يسعى إلى التحكم في النظام الصحي.

ومن أجل أن نتدارك أي نقص قد يلحق بموضوعية البحث كان لازماً علينا أن نطعم الجانب النظري بالتطبيقي وذلك لإبراز دور النمط التعاقدى في المؤسسات الصحية، وذلك من خلال الدراسة الميدانية في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية حمداني عدة لولاية تيارت حيث قمنا بتوزيع إستبيان لدى عينة من العمال الإداريين والأخصائيين الصحيين وإطارات ورؤساء المصالح بالمؤسسة وإستطلاع رأيهم في الإشكالية المطروحة.

من أجل الإلمام أكثر بالدراسة الميدانية قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث:

- I. التعريف بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية.
- II. عرض منهجية الدراسة الميدانية وأدوات الدراسة.
- III. تحليل الإستبيان.

1. تقديم المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية:

1-1 مهام وهيكل مؤسسة الأمراض:

1-1-1 البطاقة التقنية والتوضيحية للمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بتيارت:

1-1-1-1 بطاقة توضيحية:

التسمية: المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية حمداني عدة.

نوع المؤسسة: المؤسسة الإستشفائية العقلية ذات الطابع الجهوي.

العنوان: طريق الصنوبر حمداني عدة بتيارت.

الولاية: تيارت.

بلدية: تيارت.

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بتيارت ذات الطابع الجهوي كما تمتد التغطية

على مستوى 07 ولايات (تيارت، تيسمسيلت، عين الدفلى، الأغواط، البيض، النعامة، سعيدة).

تاريخ البناية: بناء على المرسوم التنفيذي رقم 465\97 المؤرخ في 12\02\1997 المتضمن في

إنشاء المؤسسات الإستشفائية تسييرها وتنظيمها (انظر الملحق 01).

1-1-2 تعريف المؤسسة:

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بتيارت (EHS) هي مؤسسة إستشفائية ذات

طابع إداري، تتمتع بشخصية معنوية و الإستقلال المالي، أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم

234/81 المؤرخ في 09\05\1981، الذي ألغاه المرسوم التنفيذي رقم 465\97 المؤرخ في 02

ديسمبر 1997 المتعلقة بإنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، تنظيمها وتسييرها وتصنف ضمن

الصنف ب حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 17 ديسمبر 1998 المتعلق بالمواصفات

المعتمدة في تصنيف المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، وتغطي المؤسسة إضافة إلى ولاية تيارت

ولايات تيسمسيلت، سعيدة، البيض، النعامة (التعليمية الوزارية سنة 1998).

يبلغ عدد المستخدمين للمؤسسة 295 مستخدماً موزعون كما يلي:

الجدول رقم (01-03) توزيع مستخدمي المؤسسة

عدد المستخدمين	السلك
39	السلك الإداري
	السلك الطبي:
07	الأطباء الأخصائيون
07	الأطباء العاملون
04	الصيدلة العاملون
02	جراحوا الأسنان
112	السلك الشبه الطبي
11	الأخصائيون النفسيون
113	العمال المهنيون وسائقي السيارات والحجاب

تبلغ مساحة المؤسسة 07 هكتارات، جزء منها مخصص للمصالح الإدارية، والجزء الآخر للوحدات الإستشفائية، وجزء لمختلف المصالح (المطبخ، البياضة، مواقف السيارات) والجزء الأكبر مساحات الخضراء وتقدر طاقة إستيعابها التقنية 240 سرير وبالنسبة للتنظيم التقني للمؤسسة 03 مصالح هي حسب القرار الوزاري المشترك 2007 تنظيم المصالح بالمؤسسة .

مصالحة طب الأمراض العقلية للكبار: طاقة إستيعابها 220 سرير تتكون من خمسة وحدات:

وحدتين للعلاج الحر للرجال.

وحدة العلاج الحر للنساء.

وحدة الإستشفاء الإداري.

وحدة الإستجالات العقلية والفحص.

تدعم هذه الوحدات في أداء خدماتها مصالح أخرى هي مخبر المؤسسة، قاعة الأشعة، قاعة الفحص الدماغ والمداواة بالتخليج.

مصحة طب الأمراض العقلية للطفل والمراهق: طاقة إستيعابها 20 سرير تشمل وحدة للطفل ووحدة للمراهق.

مصحة الصيدلة: يساعد المدير في تأدية المهام ثلاثة مديرون مساعدون مشرفة على ثلاثة مديريات فرعية هي:

المديرية الفرعية للإدارة والوسائل.

المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية، المنشآت القاعدية والتجهيزات.

وكل مديرية فرعية تتشكل من عدد من المكاتب يستند إليها صلاحيات ومهام معينة.

1-2 مهام المؤسسة للأمراض العقلية:

تتمثل مهام المؤسسة أساسا فيما يلي:

تطبيق البرنامج الوطني للصحة العقلية.

المساهمة في إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم من خلال التكوين والتواصل.

ضمان الجانب البيداغوجي لطلبة مدرسة التكوين والشبه الطبي، وكتجربة أولى هناك دفعة تتكون على

مستوى المؤسسة خلال السنة البيداغوجية 2008\2009.

ضمان الإستشارات الطبية في الأمراض العقلية.

ضمان الإستشفاء والإطعام بالنسبة للمرضى المقيمين بوحدة المؤسسة، وبرمجة زيارات لذويهم.

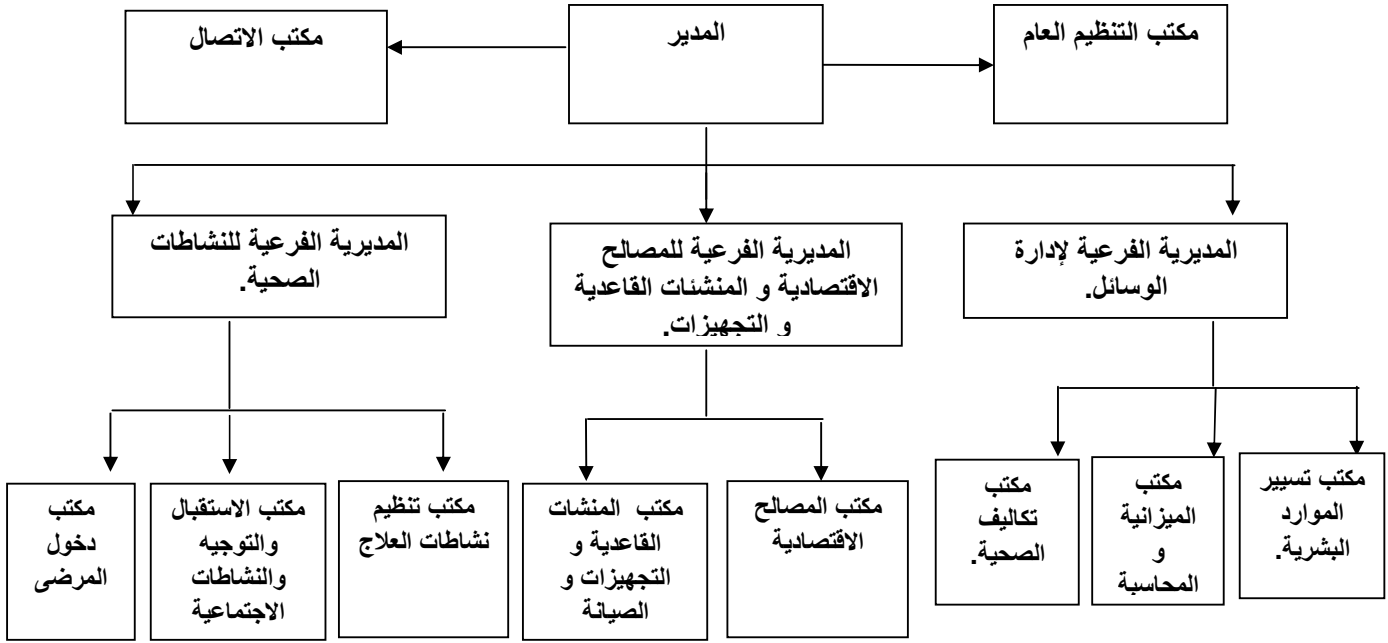
3- المخطط التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بتيارت:

(الملحق رقم 02)

حسب القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 29 ذي الحجة عام 1418 الموافق 26 أفريل 1998

الشكل رقم (03-01) الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية

تيارت



المصدر: المؤسسة المتخصصة في الأمراض العقلية تيارت.

المدير العام للمؤسسة العمومية للأمراض العقلية هو المسئول عن حسن سير مختلف الإدارات.

ويتكون من ثلاثة مديريات:

المديرية الفرعية لإدارة الوسائل.

المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والمنشآت القاعدية والتجهيزات.

المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

وتتكون كل مديرية من مكاتب وتتمثل هذه المكاتب في:

المديرية الفرعية للنشاطات الصحية تتكون من:

مكتب دخول المرضى.

مكتب الإستقبال والتوجيه والنشاطات الإجتماعية العلاجية.

مكتب تنظيم نشاطات العلاج وتقييمها.

المديرية الفرعية للمصالح الإقتصادية ومنشآت القاعدية والتجهيزات.

مكتب المنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة.

مكتب المصالح الإقتصادية.

المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

مكتب التكاليف الصحية.

مكتب الميزانية والمحاسبة.

مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات.

2- أهمية مكتب الدخول في عملية النظام التعاقدى:

2-1 تعريف ومهام مكتب الدخول:

يعد مكتب الدخول من أهم المصالح الإدارية بالمستشفى إلا أنه لا يقتصر دوره على تسجيل حركة المرضى (دخول، إقامة، وخروج المرضى) بل يسمح بتقييم وإستغلال مجموعة من المعلومات والإحصاءات المرتبطة بحساب أيام الإقامة بالمستشفى لحساب نسبة دوران المرضى بالمستشفى، إستهلاك لكل مريض... الخ.

الهيكل التنظيمي لمكتب الدخول (انظر الملحق رقم 03)

وتتمثل أهمية مكتب الدخول في:

- إستقبال وقبول المرضى.
- إقامة وإستغلال مختلف السجلات (الحالة المدنية، حساب أيام الإقامة بالمستشفى).
- المحاسبة المالية (حساب تكاليف الإقامة بالمستشفى أو الفحوصات الخارجية).

- متابعة المنازعات.

- إستغلال الإحصائيات.

المهام المخصصة لمكتب الدخول:

- السجل الملخص.

- السجل اليومي.

- سجل رقم التسجيل.

- سجل حركة المرضى.

- سجل الولادات.

تبدأ عملية سير ملف المريض من مصلحة الإستقبال في المؤسسة الصحية التي تتلقى شهادة قبول هيئة الضمان الإجتماعي بالتكفل بالمريض.

مصلحة الإستقبال:

وذلك بعدما إن يفحص المريض من قبل الطبيب، يقوم الطبيب المشرف على مصلحة الإستقبال بفتح ملف المريض الذي يبدأ بمجرد دخول المريض إلى المستشفى حيث يقوم الطبيب الرئيسي بطلب الإستشفاء الذي تكون فيه:

• بالنسبة للممارس المشرف على المريض: (انظر الملحق 02)

- كتابة المصلحة التي يخضع المريض فيها للعلاج مثلا: في المصلحة K1 الخا □ بالرجال.

- بيان إختصاص □ المصلحة.

- كتابة اسم و لقب و درجات الممارس (البروفسور، الأستاذ، مساعد).

بالنسبة للمريض:

- الكتابة بالحروف الأبجدية إسم المريض.

- كتابة إسم الزوج في حالة إن كانت المرأة متزوجة.

- كتابة جنس المريض (ذكر، أنثى).
- كتابة السن كاملا.
- سبب الإستشفاء.
- الإشارة إلى إسم ورقم الغرفة التي يتواجد فيها.
- كتابة رقم السرير الذي يكون فيه المريض والحر □ على أن لا يغيره.
- كتابة تاريخ دخول المريض باليوم والشهر والسنة.
- كتابة الساعة التي جاء فيها المريض.
- **في حالة توجيه المريض:** هنا إذا تم تغيير المريض من المصلحة الأصلية إلى مصلحة أخرى تكون الخطوات التالية: (انظر الملحق رقم 05)
- كتابة اللقب والإسم، درجة الطبيب الذي أشرف على عملية تحويل المريض إلى مصلحة معينة.
- كتابة إسم المؤسسة الصحية التي توجه لها المريض.
- كتابة إسم الولاية والرمز الجغرافي.

فيما يتعلق بحارس المريض:

وخاصة في المؤسسة المتخصصة للأمراض العقلية فيكون المريض فاقد للأهلية ويستوجب:

- كتابة الإسم كاملا وبحروف واضحة بالأبجدية.
- الإشارة إلى القرابة التي تربطه بالمريض.
- كتابة عنوان دقيق لمرافق المريض.
- كتابة رقم هاتفه.
- طلب بطاقة الهوية وتسجيل تاريخ وعنوان الإصدار.

وبعدما تتم العملية ويملى طلب الإستشفاء الذي تقدم به المريض، يقومون بتحويله إلى مكتب القبول الذي يعمل النظام التعاقدى إلى إعتبره دوره الهام.

مكتب القبول:

إن مهام مكتب القبول تتكون في:

- تستقبل طلب الإستشفاء الذي تقدم به المريض.
 - طلب التكفل: الذي يبقى في حوزة مكتب الدخول لإستعمالها لاحقاً.
 - كتابة إسم المؤسسة المطالبة بضمان التكفل.
- من المهم أن تعطى الأرقام التسلسلية لطلبات الإستشفاء حيث يسمح هذا الترتيب بتسهيل المراسلات مع الضمان الإجتماعي.

مصلحة التوجيه:

حيث يقوم المراقب الطبي الرئيسي ب:

- إستقبال المريض.
- إستلام بطاقة القاعة والمتابعة.
- ملئ الصفحة الأولى من ورقة المتابعة، التي يشمل حركة تنقل المريض في المستشفى.
- القيام بفتح ملف المريض وتسيير ورقة المتابعة.
- الإشراف على ورقة المتابعة والحرر □ على الكتابة عليها في كل نشاط يقوم به المريض. (انظر الملحق رقم 04)

مصلحة التمويل:

إن عملية تحويل المريض إلى عدة مصالح داخل المؤسسة بغية الحصول على العلاج الخا □، ورقة المتابعة يجب أن تتبع إجبارياً المريض وقيام بتسجيل الخدمات الطبية والإسعافات التي تلقاها المريض داخل كل مصلحة.

خروج المريض: (انظر الملحق رقم 12)

ويكون عبر طريقتين:

إذا كانت عملية إستشفاء المريض داخل مصلحة الإستقبال تؤشر ورقة المتابعة في الحالة كهذه عن طريق رئيس المصلحة.

إذا كانت هذه العملية قد تمت في مصلحة غير الذي تلقى فيها المريض العلاج تؤشر ورقة المتابعة من طرف رئيس المصلحة الأخيرة، أي التي تم تحويل المريض إليها وهذا بعد إشارة رئيس مصلحة الإستقبال.

مصلحة الإستقبال:

يقوم رئيس المصلحة حسب النقطتين المذكورتين سابقا بتحويل ورقة المتابعة إلى المصلحة الإقتصادية في المستشفى بغرض كتابة فاتورة الإستشفاء وبخوصو □ هذه، هناك إجراءات يجب إتباعها.

بعدها تملئ ورقة المتابعة بكل العمليات والتدخلات الطبية والشبه الطبية وكل الأدوية التي كانت تعطى للمريض، حيث يتم حساب الكمية المستهلكة وليس ثمن الأدوية.

حيث أصبح للمستشفى دور كبير وذلك لتوفيرها كل الأدوية للمريض في المستشفى، إضافة إلى الأشعة والتحليل المخبرية.

وبعد ملئ ورقة المتابعة يقوم بإرسالها إلى مصلحة الإدارة بالمستشفى التي تقوم بتلخيصها وإعادة تسجيلها في الفاتورة التي ترسل إلى الضمان الإجتماعي، وتكتب التقارير التي تكون فيها كل مصاريف الإقامة، فالمصلحة تحصل على حصة المريض تقوم بتقسيم المبلغ الإجمالي للمستهلك على عدد المرضى، وجمع مبلغ التكاليف للنفقات مع المصاريف الطبية والأدوية والشبه الطبية.

ومن خلال هذه العملية يتم التوصل إلى المبلغ النهائي الذي يتحمله المريض، ويتم إصدار الفاتورة في حد أقصاه 30 يوم، وترسل إلى هيئات الضمان الإجتماعي.

في حالة ما أن يكون المريض من فئة المعوزين يجب إحضار الملف التالي للمستشفى:

- 1 / طلب موقع من صاحب المصلحة.
- 2 / سجل الأحوال المدنية للمتزوجين.
- 3 / شهادة الميلاد للعازبين.
- 4 / شهادة عدم ضرائب صادرة عن المصالح الضريبية.
- 5 / إثبات محل الإقامة.
- 6 / شهادة عدم الإنتساب إلى **CNAS**.
- 7 / شهادة عدم الإنتساب إلى **CASNOS**.
- 8 / شهادة عدم القيد في السجل التجاري.

الحالة المدنية: بعد وفاة المريض يتم تعيين وكلاء بالتعاون مع الطبيب المصدق على الوفاة يتم

إصدار: (انظر الملحق رقم 04)

- شهادة الوفاة.
- إعلان الوفاة.
- شهادة عدم العدوى.

ويتم إستلام هذه الوثائق إلى أهل المتوفي من أجل تسريح بالدفن وتسريح بنقل الجثة. (أنظر الملحق)

حركة المريض mouvement: (انظر الملحق رقم 08)

يتمثل دورهم في ضمان المعلومات عن جميع أشكال الدعم المصممة والمنفذة لمراقبة المريض. يقوم الوكلاء بتحديث تدفق المرضى لكل قسم للمرضى الداخليين (التصحيح، النقل، الموت) على السجلات والإعلام الآلي. لديهم أيضا دور تسجيل جميع تذاكر القاعة في سجل الموظفين وكيل لهذا القسم مسؤول عن إعداد التقارير الإحصائية حول: (انظر الملحق)

- عدد أيام الإستشفاء، الدخول والخروج، عدد الوفيات.
- متوسط معدل إشغال الأسرة (TOM) ومعدل دوران الأسرة (TRL).

- متوسط مدة الإقامة (DMS).

يتم إرسال نسخة من البيانات الإحصائية إلى وزارة الصحة العامة ووزارة الصحة العامة الجمهور (DSP) والمدير العام وقسم الأنشطة الطبية والشبه الطبية.

عمليات والفاتورة. الصندوق:

الوكلاء المعنيون لهذا القسم لهم دور إنشاء فاتورة بناء على السعر متوسط يوم الإستشفاء مصحوبا ببيان الرعاية المقدمة (الإجراءات مهنية، الفحوصات الإضافية، دواء مدة الإستشفاء) الفواتير لا تزال في المرحلة التجريبية وكذلك برنامج IDAAS.

الأرشيف:

المسؤول المكلف بهذا القسم هو مسؤول عن تصنيف الملفات الإدارية للمرضى لإستخراج شهادات الإقامة وشهادات الوفاة في سجل الوفاة.

2-2 طريقة الدفع للمرضى:

المجموعة المشتركة بين الوزارات المسؤولة عن تطوير طرق تنفيذ قرارات التعاقدات الشروع في المرحلة الأولى من التنفيذ، من خلال محاكاة الفواتير، إستنادًا إلى متوسط السعر اليومي للعلاج بالمستشفى (PMJH) ومعدل موحد لكل علم الأمراض.

متوسط السعر اليومي للعلاج بالمستشفى:

سيتم تشغيل الفواتير وفقًا لطريقة الدفع هذه على أساس متوسط تكلفة يوم الإستشفاء حسب "نوع" المنشأة وحسب مجموعة التخصصات متجانس وتكون سعر متوسط اليومي في المؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية بسعر 2.500.00 دينار جزائري.

2-3 برنامج "المريض" « PATIENT » :Le logiciel

معرفة كيفية استخدام برنامج المريض أمر حاسم في تنفيذ النهج التعاقدية. ولهذا السبب قمنا بشرحها بالتفصيل أحدث نسخة (09.10).

أهداف البرنامج هي:

- التحديد الدقيق للوضع الاجتماعي للسكان.
- تقييم الأنشطة حسب القسم ومجموعات التخصصات.
- التحكم في التكاليف.
- وضع خطة تنظيمية متماسكة للموارد البشرية، المادية والمالية.
- إنشاء نظام الفواتير والتعاقد.

يسمح لنا برنامج المريض بتحقيق هذه الأهداف إلى حد كبير بسبب ثراء جوهرها (التسميات)، وكذلك المعلومات وتوثيقها يوفر الملفات المتاحة هي:

التسمية الوطنية للأدوية (DCI)، تسمية المنتجات الصيدلانية (تخصص)، التسمية العامة للأعمال المهنية (NGAP2006)، التصنيف الدولي للأمراض (ICD10)، خدمات الإستشفاء التخصصات، الفئات الاجتماعية المهنية، الفصائل الدم الأمراض المزمنة، أمراض البرنامج الوطني، المؤسسات الصحية (الهيكالية)، البلديات والولايات (جغرافياً)، منظمات الضمان الاجتماعي، أوضاع الإدخال، أوضاع الإخراج، معلمات الفواتير مؤسسات مصرفية الدول.

يعاني البرنامج المريض من عدة قصور وتتمثل في:

يقدم هذا البرنامج المصمم تحت نظام التشغيل DOS

عدم التوافق مع أنظمة التشغيل الأخرى.

هذا برنامج غير مرن وقليل جداً من التكوين (استيراد البيانات، توليد الشذوذ...).

عدم وجود صلة بين برنامج المريض وبرنامج الصيدلة.

عدم القدرة على تحديث تسميات الأدوية والأسعار الجديدة.

لم يتم أخذ الملف المريض (الطبي) بعين الاعتبار من قبل برنامج المريض.

عدم التوافق بين نظام التشغيل والأجهزة الحالية (طابعة USB وغيرها...).

2- عرض الدراسة الميدانية:

2-1 تقديم الإستبيان والطريقة المتبعة:

1_ منهج الدراسة :

تعتبر منهجية الدراسة و إجراءاتها محورا أساسيا يتم من خلاله إنجاز الجانب التطبيقي من الدراسة، وبذلك يمكن الحصول على البيانات لإجراء التحليل الإحصائي من أجل الحصول على نتائج والوصول إلى أهداف الدراسة.

وبناء على ذلك تناولنا في هذا الفصل وصفا للمنهج المتبع ومجتمع عينة الدراسة، وأداة الدراسة المستعملة وطريقة أدائها وإعدادها، ومدى صدقها وثباتها، وكذا إستخلا النتائج والملاحظات الناتجة من هذه الإجراءات.

2_ تقديم الإستبيان:

غرض الدراسة هو تحليلي توضيحي وللوصول إلى الهدف المطلوب قمنا بإستخدام المنهج الوصفي التحليلي والذي بدوره يقوم بوصف الظاهرة ومعرفة أبعادها وتحليل بياناتها وتحليل العلاقة بين مكوناتها.

بالإضافة إلى ذلك تم جمع البيانات بغرض الإجابة على أسئلة الدراسة .

1- المصادر الأولية: تتمثل في الجانب التطبيقي حيث تم توزيع الاستبيان لدراسة عناصر الدراسة،

الإحصائي، بهدف تجميع المعلومات التي إحتاجها، ومن ثم إدخالها وتحليلها بإستخدام **spss**

والوصول إلى دلالات ونتائج ذات قيمة، وكذا الحصول على مؤشرات تدعم إثبات صحة الفرضيات

من عدمها وبالإضافة إلى الإستعانة ببرنامج EXCEL.

2-المصادر الثانوية: تمت معالجة الإطار النظري للدراسة على الأبحاث العلمية ورسائل الدكتوراه والماجستير وذلك بهدف التعرف على الأسس والطرق العلمية والمنهجية في كتابة الدراسات وكذلك أخذ فكرة عامة عن أخذ المعلومات والمستجدات في مجال الدراسة.

3- مجتمع الدراسة:

يمكن تعريف مجتمع الدراسة على أنه جميع مفردات الظاهرة التي يتم دراستها من قبل الباحث وبناءا على مشكلة الدراسة وأهدافها فإن المجتمع المستهدف يتكون من العمال في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية حمداني عدة تيارات من موظفين، إدارات، تقني سامي وكذلك المدير .

4-عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من 100 موظف تم إختيارهم بطريقة عشوائية بهدف التأكد من صدق وثبات أداة الدراسة والتأكد من صلاحيتها للتعميم على جميع عناصر مجتمع الدراسة وقد تم إدخالهم في عينة الدراسة نظرا لعدم وجود مشاكل في بالصدق والثبات.

5-أداة الدراسة :

قمنا بإعداد بحث لمعرفة أثر النظام التعاقدى على فعالية المؤسسات الصحية وذلك من خلال الخطوات التالية:

1- الإطلاع على الأدب الإداري والدراسات السابقة التي لها صلة بالموضوع والإعتماد عليها في بناء الإستبيان ونص فقراتها.

2- إستشارة عدد من أساتذة المدرسة من أجل تحديد مجالات الإستبيان وفقراته.

3- تحديد مختلف مجالات الإستبيان.

4- تحديد فقرات كل مجال.

5- وضع تصميم أولي للإستبيان.

6- مراجعة وتنقيح الإستبيان من قبل المشرف.

7- تم عرض الإستبيان على أستاذين من أساتذة المدرسة العليا لإدارة الأعمال اللذان قاما بتعديل الإستبيان.

8- إستقرار الإستبيان في صورته النهائية وتوزيعه على عينة الدراسة.

6- طريقة صياغة الأسئلة:

إعتمدت في صياغة الأسئلة على عنصر الوضوح وتبسيط الأسئلة قدر المستطاع لسهولة الإجابة عليها من قبل العينة، حيث قمنا في الجزء الأول بصياغة أسئلة شخصية لمعرفة عينة الدراسة أكثر والجزء الثاني مخصص لدراسة محاور الإستبيان حسب سلم ليكرت الخماسي.

7-مكونات الإستبيان:

تم إعداد إستبيان حول "أثر النظام التعاقدى على فعالية المؤسسات الصحية _تيارت_ " ينقسم إلى قسمين:

القسم الأول: يشمل المعلومات الشخصية(الجنس، السن، التخصص العلمي، الوظيفة الحالية، المؤهل العلمي، سنوات الخبرة)

القسم الثاني: وهو عبارة عن النظام التعاقدى وفعالية المؤسسات الصحية يتكون من 29 فقرة موزع على محورين:

المحور الأول: يتكون من 13 فقرة.

المحور الثاني: يتكون من 16 فقرة.

وتم تقسيمه أيضا حسب متغيرات الدراسة إلى متغير مستقل أي آليات النظام التعاقدى ومتغير تابع وهو فعالية النظام التعاقدى.

8- الأدوات الإحصائية المستعملة:

خلال الإستبيان إتمدنا على مقياس ليكرت الخماسي من أجل قياس درجة موافقة المستقيين في موضوع

البحث فيما يلي توضيح لمقياس ليكرت الخماسي:

1 ← موافق بشدة

2 ← موافق .

3 ← محايد.

4 ← غير موافق .

5 ← غير موافق بشدة.

لتحليل إجابة عينتنا المدروسة قمنا أيضا بإستخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- إختبار الفاكرومباخ لمعرفة صدق وثبات الإستبيان.

- النسب المئوية والتكرارات.

- إختبار الإرتباط.

- إختبار الإنحدار لإختبار صحة الفرضية.

- حساب المتوسط لفقرات ومحاور الإستبيان.

وقد قمنا بحساب درجة الموافقة على النحو التالي:(الحد الأعلى-الحد الأدنى/عدد المستويات) ففي حالة سلم

ليكرت الخماسي نحسب ما يلي : $0.8 = (5/1-5)$ ونضيف 0.8 كل مرة إبتداء من المستوى:

(1.8-1) موافق بشدة

(2.6-1.8) موافق

(3.4-2.6) محايد

(4.2-3.4) غير موافق

(5-4.2) غير موافق بشدة

3- تحليل نتائج الإستبيان:

لتمثيلها بيانيا وتحليلها كما يلي SPSS وقد تم إعتقاد النتائج المتحصل عليها من الإستبيان عبر:

1. التحليل الوصفي للخصائص الديمغرافية للعينة المدروسة:

من خلال تحليل معطيات التي تم جمعها عن طريق الإستبيان الموزع تم التوصل للأمثلة البيانية التالية:

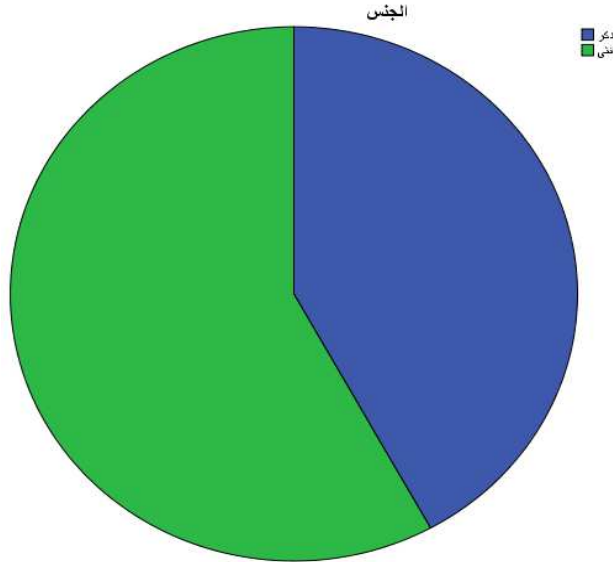
توزيع عينة الدراسة حسب الجنس:

جدول رقم (03-02) توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس		
النسبة المئوية	التكرار	
43	43	ذكر
57	57	أنثى
100	100	المجموع

من إعداد الطالبة وإعتقادا على برنامج Spss سنة 2021

الشكل رقم (03-02) توزيع عينة الدراسة حسب الجنس



من إعداد الطالبة إعتامادا على برنامج سنة 2021

نلاحظ من الجدول والتمثيل البياني أعلاه أن العينة المدروسة تتكون من 43% من الذكور و 57% نساء أي أن النسبة الأكثر إجابة عن الإستبيان هي النساء.

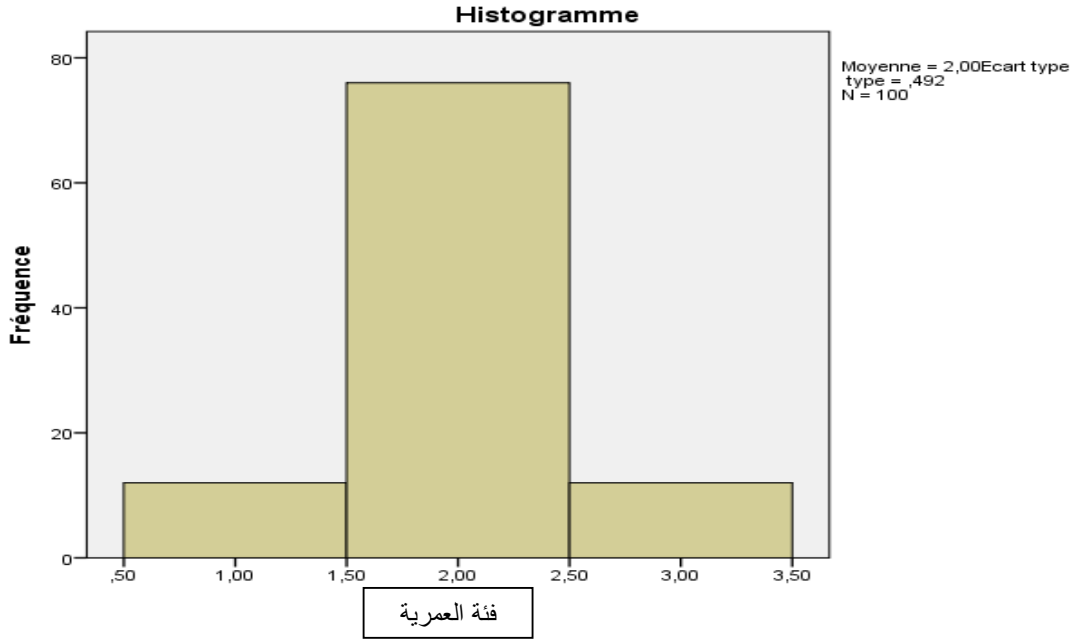
توزيع العينة حسب الفئة العمرية

جدول رقم (03-03) توزيع عينة الدراسة الفئة العمرية

الفئة العمرية		
النسبة المئوية	التكرار	
12	12	أقل من 30 سنة
76	76	من 30 إلى 45
12	12	أكثر من 45
100	100	المجموع

من إعداد الطالبة إعتامادا على برنامج Spss سنة 2021

الشكل رقم (03-03) توزيع عينة الدراسة حسب الفئة العمرية



من إعداد الطالبة إعتامدا على برنامج Spss سنة 2021

فيما يخص الفئة العمرية نلاحظ من خلال الجدول أن 76% من العينة تتراوح أعمارهم ما بين 30 إلى 45 سنة هذا إن دل على شيء دل على أن المجتمع فتي قادر على تعلم عدة مهارات جديدة أما من تتراوح أعمارهم أقل من 30 سنة وأكثر من 46 سنة فنسبتهم 17%.

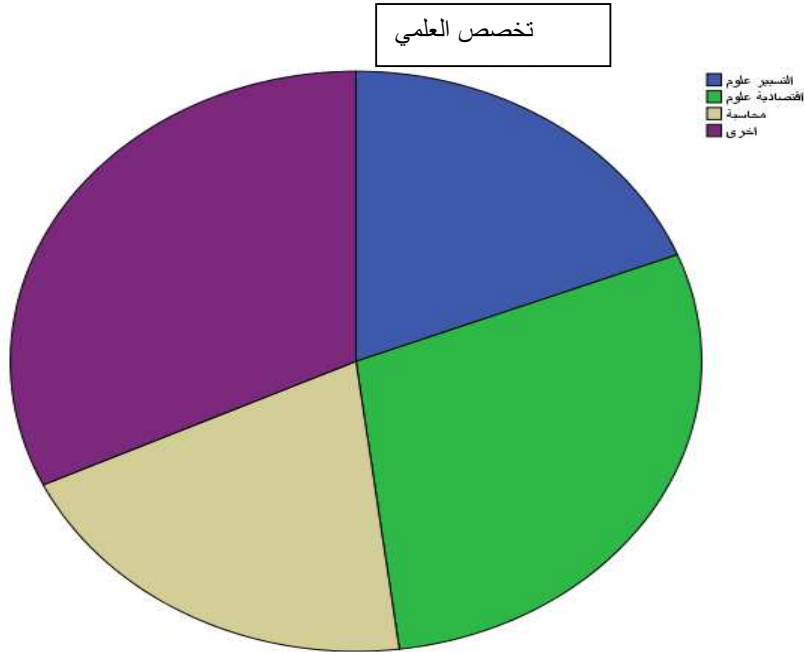
توزيع العينة حسب التخصص العلمي:

الجدول رقم (03-04) حسب التخصص العلمي

التخصص العلمي		
النسبة المئوية	التكرار	
19	19	علوم التسيير
34	34	علوم اقتصادية
16	16	محاسبة
31	31	أخرى
100	100	المجموع

من إعداد الطالبة وإعتمادا على برنامج Spss سنة 2021

الشكل رقم (03-04) حسب التخصص العلمي



من إعداد الطالبة وإعتمادا على برنامج Spss سنة 2021

من خلال الجدول نلاحظ تنوع في مجالات التخصص العلمي للعيينة المدروسة حيث بلغت نسبة المستقيين الذين هم من شعبة العلوم إقتصادية 43% ثم يليه علوم التسيير بنسبة 19% ثم المحاسبة بنسبة 16% والباقي من تخصصات مختلفة كالطب والعلوم التكنولوجيا والحقوق.

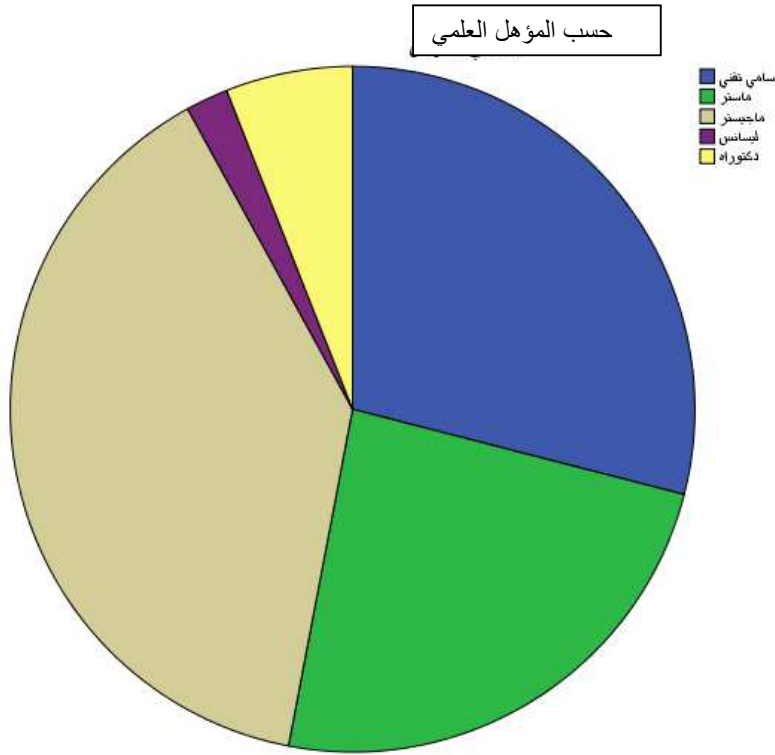
توزيع العينة حسب المؤهل العلمي:

الجدول رقم (03-05) حسب المؤهل العلمي

المؤهل العلمي		
النسبة المئوية	التكرار	
29	29	تقني سامي
25	25	ليسانس
38	38	ماستر
2	2	ماجستير
6	6	دكتوراه
100	100	المجموع

من إعداد الطالبة إعتامدا على برنامج Spss سنة 2021

الشكل رقم. (03-05) حسب المؤهل العلمي



من إعداد الطالبة إعتامدا على برنامج Spss سنة 2021

الجدول أعلاه يبين لنا أن معظم العينة لها شهادة ماجستير بنسبة 38% تليها تقني سامي بنسبة 29% ثم ليسانس بنسبة 25% و6% دكتوراه والباقي ماجستير وهذا إن دل على شيء دل على أن الفئة المدروسة لديها مستوى علمي

جيد.

توزيع العينة حسب الوظيفة حسب الوظيفة الحالية

الجدول رقم (03-06) حسب الوظيفة الحالية

مجال الوظيفة الحالية		
النسبة المئوية	التكرار	
53	53	موظف
26	26	رئيس مصلحة
1	1	مدير
20	20	إطار
100	100	المجموع

من إعداد الطالبة إعتامدا على برنامج Spss

الشكل رقم (03-06) حسب الوظيفة الحالية



من إعداد الطالبة إعتامدا على برنامج Spss سنة 2021

يتضح لنا من خلال الجدول أعلاه الخا □ بتوزيع العينة حسب الوظيفة أن نسبة السائدة من المستجوبين هي

نسبة الموظفين نسبة 63% تليها رؤساء المصالح بنسبة 26% ثم إطار بنسبة 20% المدير

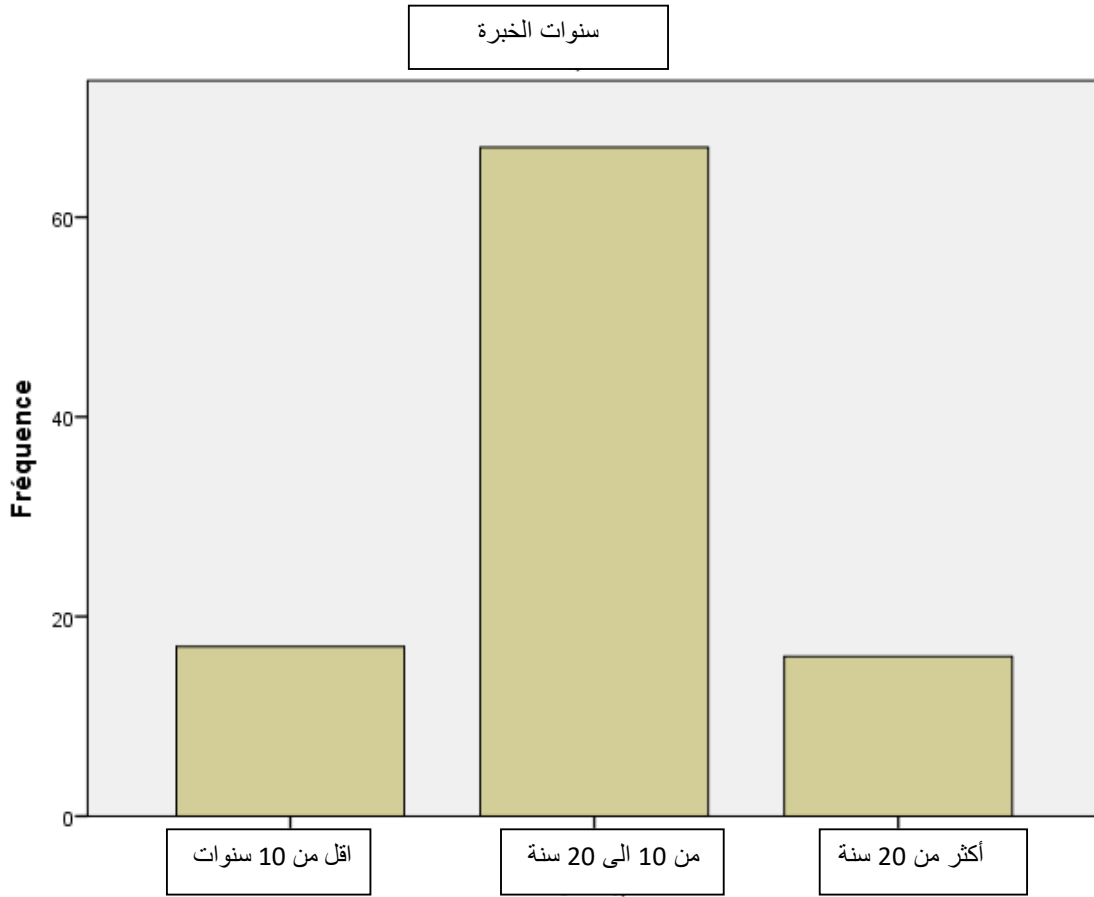
توزيع العينة حسب سنوات الخبرة:

الجدول رقم (03-07) حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة		
النسبة المئوية	التكرار	
53	53	أقل من 10 سنوات
26	26	من 10 إلى 20
1	1	أكثر من 20 سنة
100	100	المجموع

من إعداد الطالبة إعتادا على برنامج Spss سنة 2021

شكل رقم(03-07) حسب سنوات الخبرة



من إعداد الطالبة وإعتمادا على برنامج Spss سنة 2021

من خلال الجدول أعلاه والنتائج المتحصل عليها نلاحظ أن معظم المستقيين لديهم خبرة 10-20 سنة أي خبرة لا بأس بها بنسبة 66%.

صدق وثبات الاستبيان

صدق الاستبيان :

صدق الإستهبان Spss يعني " أن يقيس الإستهبان ما وضع لقياسه " وذلك بإستخدام إختبار (خي دو) البرنامج الإحصائي الطبعة 22 كما يقصد بالصدق شمول الإستهبان لكل العناصر التي تدخل في التحليل وتتضح فقراتها كي تكون مفهومة لمستخدميها.

ألفا كرومباخ يبين صدق الإستبيان عندما تكون قيمته أكبر من 0.6 ومن خلال نتائج تحليلنا نرى أن ألفا كرومباخ يساوي 0.766 ومنه فإن الإستبيان صادق بدرجة كبيرة وجذر ألفا كرومباخ يساوي 0.875 ومنه الإستبيان ثابت ويمكن تعميم كافة النتائج على المجتمع .

جدول رقم (03-08) صدق الإستبيان

تحليل صدق الاستبيان	
عدد المتغيرات	ألفا كرومباخ
29	0,766

من إعداد الطالبة إعتادا على برنامج Spss في سنة 2021

تحليل القسم الثاني من الإستبيان

المحور الأول:

الجدول رقم (03-09) نتائج المتوسط للمحور الأول

الاتجاه العام	الانحراف المعياري	المتوسط	
موافق	,95325	1,9800	يزيد في فعالية المؤسسة الصحية.
موافق	1,03890	2,1837	يحسن النمط التعاقد في أداء المنظومة الصحية.
موافق	1,03962	2,1000	يقوم برفع الخدمات المقدمة إلى المرضى.
محايد	4,16162	2,7100	يسمح بالتحكم في النفقات الصحية.
موافق	,94152	2,3200	يحقق الأهداف المرجوة.

يحقّق التعاقد شفافية في علاقة المؤسسة مع مموليها.	2,1100	,88643	موافق
هو أداة إستراتيجية في تنمية القطاع الصحي.	1,7200	1,11988	موافق بشدة
يقوم بخلق منافسة بين المستشفيات.	2,3300	,82945	موافق
يسعى إلى تحقيق صالح العام.	1,7800	,90543	موافق بشدة
يمكن من إتخاذ قرارات أكثر صوابا	2,1200	1,19155	موافق
يساعد على عقلانية الإنفاق.	2,2000	,91010	موافق
يغير تفكير المؤسسة الصحية من البحث عن الموارد إلى البحث على النتائج.	1,9600	,85185	موافق
يساعد على التسيير العقلاني للموارد البشرية.	2,1100	,83961	موافق
المحور الاول	2,1249	1,20532	موافق

من إعداد الطالبة إعتادا على برنامج Spss سنة 2021

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن معظم المستقيين يوافقون على عبارات المحور الأول أي أن آليات النظام التعاقدى فعالة في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية حماني عدة - تيارت - بمعدل متوسط

2.12 وانحراف معياري 1.2

حيث أن أغلب المستقيين موافقين بشدة على أن النظام التعاقدى هو أداة إستراتيجية في تنمية القطاع الصحي بمتوسط 1.72 وانحراف معياري 1.11 وكذلك على أنه يسعى إلى تحقيق صالح العام بمتوسط 1.78 وانحراف معياري 0.90 أما فيما يخص باقي العبارات آلا وهي إن النظام التعاقدى يزيد في فعالية المؤسسة الصحية وكذلك يحسن النمط التعاقدى في أداء المنظومة الصحية كما انه يقوم برفع الخدمات المقدمة إلى المرضى يسمح بالتحكم في النفقات الصحية يحقق الأهداف المرجوة يحقق التعاقد شفافية في علاقة المؤسسة مع مموليها وبخلق

منافسة بين المستشفيات بالإضافة إلى أنه يمكن من اتخاذ قرارات أكثر صوابا ويساعد على عقلانية الإنفاق والتسيير العقلاني للموارد البشرية، يغير تفكير المؤسسة الصحية من البحث عن الموارد إلى البحث على النتائج.

فمعظم العينة موافقة على هذه العبارات وبنسبة كبيرة

الجدول رقم(03-10)نتائج المتوسط للمحور الثاني

الإتجاه العام	الإنحراف المعياري	المتوسط	
موافق	1,02000	1,9000	يساعد النمط التعاقدى في تمويل المستشفى.
موافق	,75015	1,7700	يعتمد تمويل النفقات الصحية في الجزائر على ثلاثة مصادر
موافق	,86082	2,0800	النمو الديمغرافي وتطور المنشآت أدى إلى زيادة الإنفاق الصحي.
موافق	,96379	1,9800	يقوم النمط التعاقدى بتحديد دور الدولة من خلال تنظيم القطاع الصحي.
محايد	,94682	2,4500	يركز على لامركزية القرار.
موافق	1,02573	2,2800	هناك نوعين من التعاقد الداخلي والخارجي
موافق	1,04369	2,0400	يمنح رؤساء المصالح حرية التنظيم والتسيير.
موافق	,90028	2,2400	قد يؤدي تقليل نسبة الاستشفاء إلى خفض تكاليف.
موافق	1,62070	1,8600	من أجل إنجاحه يجب توفر العناصر التالية-الدولة- الأسر-الضمان الإجتماعي

موافق بشدة	,70754	1,6200	قدرة التحكم في النظام الصحي وتسهيل الرقابة.
موافق بشدة	,58353	1,7300	إن مكتب الدخول هو الركيزة الأساسية في نظام التعاقد - نوعية. - التقييم. - المصادقية.
موافق بشدة	,64283	1,5300	مصالح التعاقد الداخلي في المؤسسة الصحية مكتب القبول. مكتب التعاقد والتكاليف
موافق	,75585	1,8800	يجب توفر تجهيزات بشرية و مادية لتسيير هذا التعاقد.
موافق	1,04369	1,9600	يقوم المريض بدفع تسعيرة جزافية مثبتة في الإتفاق ويتولى صندوق الحماية الإجتماعية دفع الباقي.
موافق	,95261	1,9600	يسعى النمط التعاقدى إلى إرضاء المستهلك إرضاء الطبيب والمرفق الصحي
موافق	1,32859	1,9500	يجب تغيير مجانية العلاج من أجل إنجاح النمط التعاقدى.
موافق	0.94666	1.9519	المحور الثاني

من إعداد الطالبة إعتامدا على برنامج Spss 2021

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن المستقيبين يوافقون بنسبة كبيرة على عبارات المحور الثاني أي على آليات

النظام التعاقدى المؤسسة الاستشفائية المختصة للأمراض العقلية حماني عدة - تيارت - بمعدل متوسط

1.95 وانحراف معياري 0.94

إثبات صحة الفرضية:

الفرضية : توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين آليات النظام التعاقدى وفعالية النظام عند مستوى إحصائي 0.05 في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية _ تيارت _ ومن هذه الفرضية ينبثق الفرضيتين الصفرية والبدلية وذلك كما يلي :

الفرضية الصفرية: H_0 لا توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين آليات النظام التعاقدى وفعالية النظام عند مستوى إحصائي 0.05 في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية _ تيارت _

الفرضية البديلة H_1 : توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين آليات النظام التعاقدى و فعالية النظام عند مستوى إحصائي 0.05 في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية _ تيارت _

لإثبات صحة الفرضية أو بطلانها قمنا بدراسة علاقة الإرتباط بين محوري الإستبيان آليات النظام التعاقدى وفعالية النظام عبر برنامج IBM SPSS كانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم(03-11) معامل الإرتباط بين فعالية النظام التعاقدى في المؤسسة الصحية للأمراض

العقلية - تيارت - آليات النظام التعاقدى

درجة الإرتباط			
		النظام التعاقدى فعال في المؤسسات الصحية	آليات النظام التعاقدى
النظام التعاقدى فعال في المؤسسات الصحية	معامل إرتباط برسن	1	.642**
	القيمة الإحتمالية		,000
	التكرارات	100	100
آليات النظام التعاقدى	معامل إرتباط برسن	.642**	1

	القيمة الإحتمالية	,000	
	التكرارات	100	100
0.01 الارتباط دال إحصائيا عند مستوى الدلالة			

من إعداد الطالبة اعتمادا على برنامج Spss سنة 2021

ومن خلال الجدول: يتبين لنا أن معامل الارتباط يساوي 0.642 وهو محصور بين 0.3-0.7 ومنه توجد علاقة موجبة بين فعالية النظام التعاقدى والياتة وكذلك نلاحظ أن القيمة الإحتمالية تساوي 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05 وهذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المحورين آليات النظام التعاقدى وفعالية النظام التعاقدى في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية _تيارت_ عند مستوى دلالة 0.05 أي وجود اثر حقيقي.

ومنه يتم رفض الفرضية الصفرية H_0 لا توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين آليات النظام التعاقدى وفعالية النظام عند مستوى الدلالة 0.05 في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية _تيارت_ و قبول الفرضية: H_1 توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين آليات النظام التعاقدى وفعالية النظام عند مستوى الدلالة 0.05 في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة للأمراض العقلية _تيارت_

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل دراسة ميدانية قمنا بها في المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية تيارت حيث تطرقنا إلى تقديم المؤسسة حيث تهدف الدراسة إلى معرفة النظام التعاقدى، المستشفى، الضمان الإجتماعى، ومدى فعاليتها وتم هذا من خلال إستبيان وتوزيعه لدى عينة من إداريين ورؤساء المصلحة وإطارات المؤسسة من أجل معرفة رأيهم ووعيهم بضرورة تطبيق النظام التعاقدى.

خاتمة عامة

سعيًا من خلال هذه الدراسة إلى إبراز دور النظام التعاقدى الذي جاء كحل بديل لتغطية النفقات الصحية التي أصبحت على عاتق الدولة وتدني مستوى الخدمات الصحية حيث كان الإهتمام الأكبر هي تلبية حاجيات الأفراد من دون الإهتمام بجودة الخدمات، وله دور أساسي في تفعيل الأنظمة الصحية إلا أن تأسيس هذا النمط يتطلب شروط قبلية تتمثل في فصل السلطات ما بين الممثلين ويجب على الممثلين المعنيين بالنمط التعاقدى أن يكونوا قادرين على تأسيس العلاقة التعاقدية فيما بينهم.

وإن عملية إدراك مخاطر النمط التعاقدى تجعلنا ندرك محاسنها وهذا من خلال الإستفادة من التجارب السابقة للدولة وبمراقبة ومتابعة مستمرة للعملية ومحاولة تصحيح الإنحرافات وكذلك يتطلب الأمر إعداد ممثلين واعيين بدورهم ومجهزين ماديا وبشريا لقيادة هذه العلاقة، إلا إن النظام التعاقدى لم يعمم بعد ولأزال في خطواته ومراحل الأولى ولا ينبغي أن ينظر إلى التعاقد على أنه حل لجميع القضايا التنظيمية والتمويلية. سيكون الطريق بلا شك طويلاً قبل ذلك لأن هذه أداة تحدث تغييراً عميقاً في طريقة عمال لفاعلين الصحيين، يمكن أن تنتج كل آثاره.

نتائج الدراسة:

النتائج المتعلقة بالجانب النظرى:

- (1) تطور النفقات الصحية الناتجة على زيادة عديد من العوامل.
- (2) النمط التعاقدى الذي جاء كبديل للنظام التعاقدى.
- (3) النمط التعاقدى هو إتفاق يربط كل من وزارة الصحة وهيئات تحت الوصاية.
- (4) إنجاح النمط التعاقدى يتطلب إعداد هياكل ومؤسسات تتوفر على الشروط اللازمة.
- (5) النمط التعاقدى هو أحد أساليب التمويل الكفيلة بتفعيل أداء المنظومة الصحية.
- (6) إن الهدف الأساسى من النظام التعاقدى هي زيادة الفعالية.
- (7) إن النمط التعاقدى لا يعنى الإنتقال من العام إلى الخاص .
- (8) النمط التعاقدى يمر بعدة مراحل تبدأ بتحضير العقد وتنتهى بالنهاية.
- (9) إن النمط التعاقدى يكون على حسب نوعين الداخلى والخارجى.
- (10) هناك عدة هيئات الإدارية والمالية للضمان الإجتماعى.

(11) يتمثل دور الدولة في العلاقات التعاقدية هي توفير الخدمات وتنظيم العلاقات.

(12) النمط التعاقدى يخص العديد من الشركاء داخل المجتمع سواء كانوا من القطاع العام (وزارة الصحة،

الجامعات المحلية، المستشفيات هياكل التمويل العمومية) أو التابعين للقطاع الخا □.

النتائج المتعلقة بالجانب التطبيقي:

أسفرت الدراسة الميدانية التي قمنا بها في المؤسسة المتخصصة للأمراض العقلية تيارت عن النتائج

التالية:

(1) لأغلبية موظفي المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية معرفة بآليات ومبادئ النظام التعاقدى.

(2) أظهرت نتائج الدراسة وحسب إختبار حساب المتوسطات والانحراف المعياري أن أفراد عينة الدراسة يوافقون بدرجة كبيرة على "آليات النظام التعاقدى" بدرجة كبيرة وكذلك "فعالية النظام التعاقدى" ومنه نستنتج حسب إختبار إرتباط بيرسن أن تم قبول فرضية أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين النظام التعاقدى وكذلك فعالية النظام التعاقدى في المؤسسة الصحية للأمراض العقلية -تيارت- عند مستوى دلالة 0,5.

(3) المؤسسة الصحية للأمراض العقلية بحاجة إلى رفع وعي المدراء التنفيذ بضرورة التقيد بمبادئ ومعايير وآليات النظام التعاقدى.

التوصيات و الإقتراحات

من خلال الدراسة التي قمنا بها على مستوى المؤسسة المتخصصة في الأمراض العقلية -تيارت- لاحظنا وجود بعض النقائص على مستوى الشركة وفيما يلي بعض الإقتراحات التي إرتائنا ضرورة وجودها:

- ضرورة التقيد بالنظام التعاقدى في المستشفيات.
- على المؤسسة توعية الموظفين من مختلف المستويات بضرورة التقيد بآليات ومبادئ النظام التعاقدى.
- ضرورة توفير الأجهزة التي تسهل العمل بالنظام التعاقدى

- على المؤسسة فتح تكوينات متخصصة في كيفية العمل بالنظام التعاقدى.
- تفعيل النمط التعاقدى وعدم التماطل .
- ضرورة إنشاء هيئة مشرفة والمراقبة لمسار التعاقد.
- ضرورة فتح تخصصات في الجامعات التي تخدم هذا النظام.

أفاق البحث:

وفي الأخير يمكننا القول أن لنظام التعاقدى دور فعال في تفعيل الأنظمة الصحية وتحكم في النفقات

وتحسين أدائها وبهذا نفتح للباحثين المستقبليين أفاق بحث جديدة في النظام التعاقدى ومنها:

- دور النمط التعاقدى في التحكم في النفقات الطبية .
- النمط التعاقدى كآلية جديدة للتحكم في النفقات الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب

- 1) محمد الصغير بعلي، العقود الإدارية، دار العلوم للنشر و التوزيع، عنابة 2005.
- 2) علواني عديلة ، انماط التعاقد في الأنظمة الصحية ، دار الهومة لطباعة و النشر،الجزائر ، الطبعة الثانية.2015.
- 3) غسان قلعوي، القطاع العام الى اين؟ ، خواطر حول تخصيص قطاع العام ، دار النشر،2011.
- 4) وليام روث،، تطور نظرية الإدارة، ترجمة احمد الخزامي،إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة،2001.
- 5) عديلة علواني ،تفعيل النمط التعاقد في الجزائر،دار الهومة للنشر و التوزيع، الطبعة الثالثة.الجزائر.

المذكرات و رسائل جامعية:

- 1) خلاصي عبد الإله-العلاقة بين الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية و قياسية (1990-2018)،مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في علوم الاقتصادية و علوم تسيير و علوم تجارية،تخصص اقتصاد مالية عامة،2019\2020.
- 2) وفاء سلطاني،تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها دراسة ميدانية ولاية باتنة،كلية علوم الاقتصادية و تجارية و علوم التسيير،دكتوراه في تسيير المنظمات ،باتنة، 2015-2016.

مجالات و مقالات و دوريات:

- 1) نشيدة معزوز، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر ، مجلة الاقتصاد و التنمية البشرية ،العدد الأول،2017.
- 2) محمد على دحمان،(2016)، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، العدد 02، 2016 .

قائمة المراجع

(3) علواني عديلة, أهمية النمط التعاقدى في تفعيل أنظمة التأمين الصحي , مجلة العلوم الانسانية ,العدد 43 .2016.

التقارير:

(1) بن حليمة حميدة ، ”النظام التعاقدى و إصلاح المؤسسة الاستشفائية” ، قسم علم الاجتماع جامعة باجي مختار،تقرير تربص الميداني،سنة الرابعة إدارة صحة،2006.

القوانين,المراسيم. الأوامر , التعليمات:

(1) المرسوم التنفيذي رقم 74 -01 المؤرخ في 16 جانفي 1947 ، المتضمن:مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل النفقات المساعدة الطبية الاجتماعية .

(2) المرسوم 75-85 المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن قانون المدني ، المعدل و المتمم.ج.ر، صادرة في 30 سبتمبر 1975.

(3) دليل مراسيم تنظيم الصندوق الوطني لغير الأجراء .

المراجع باللغة الأجنبية:

Ouvrages:

1) Marc-olivier cléry « **délégation de gestion et contractualisation interne** », Les étude hospitalière éditions, bordeaux-2005,

Périodiques, revue et études :

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

Périodiques, revue et études :

- 1) benedict clements , david coady , and sanjeev gupta , **the economies of public healthcare reform in advanced enring economies**, waslington : international monetaryfund , eds,april 2012.
- 2) GUETTAF LILA ET FOU DI BRAHIM, **La coordination des acteurs (public–privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain**, Revue des Sciences Humaines –Université Mohamed Khider Biskra No : 23, Novembre 2011.
- 3) Tlilane nouara , (2014) »**la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérieenjeux et perspectives revue scientifique ;économie et la société**,N°10,université Bejaia

Rapports :

- 1) MSPRH, **plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée les facteurs derisque des maladies non transmissibles**, 2015–2019.
- 2) Jean paul segade,(2000),la contractualisation a l'hôpital, édition Masson ,paris
- 3) nations unies, **commission économique pour l'Afrique, profil de pays 2016 – Algérie**.
- 4) Ministère de travail ,de l'emploi et de sécurité social,(2019),«**politique nationale et législation de la sécurité sociale**»,
- 5) OMS,(2004) ,**Rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance dessystèmes de santé**, Genève
Mise en œuvre de la contractualisation, Ministre de la santé, de la population, paint de situation au 31décembre 2003.

Thèses :

قائمة المراجع

- 1) Kara terki assia, «**la régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public**» «thèse de doctorat, tlemcen, 2009 –2010 .
- 2) Arezki kamilia, bounab souad· «**essai d'analyse entre le chômage et la situation financière de la CNR en Algérie** (wilaya de bejaia)», master en science économique : université abderahmane mira·2016–2015

Colloques :

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

المواقع الالكترونية:

- (1) الإنفاق الحكومي على الصحة في الوطن العربي ،على الموقع:
[https://www.aljateera.net/news/health medicine](https://www.aljateera.net/news/health_medicine) .
- (2) <https://mawdoo3.com>
- (3) واقع الضمان الاجتماعي في الجزائر, موقع :
www.etudiantz.com
- (4) Previsssma, sécurité sociale “en ligne“,2019,disponible :
sur :[www.previsssma-fr/lexique/sécurité-sociale].
- (5) Azzedine,mbarek, “les effet économique de la sécurité sociale : le cas de la Tunisie», mémoire de DEA faculté des sciences économique et gestion, Tunis
1990,disponible sur [www.memoireonline.com]
- (6) LA CNR,«Présentation :aperçu historiques ·[en ligne] ,disponible sur : [www.cnr.dz]

الملاحق

الملاحق

ملحق رقم 01 الهيكل التنظيمي لمكتب الدخول.

08.06.2019

08.06.2019

BUREAU D'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION	Centre	
	Accueil	
	Réaménagement	
ADMISSIONS	Orientation	
	BUREAU DES ENTRÉES	
	Médicine d'admission	
ETAT CIVIL	Sortie	
	Etablissement de certificat de séjour	
	Déclaration des résidents	
AGREEMENT POPULATION HOSPITALIERE STATISTIQUES	Déclaration des décès	
	Relation avec A.P.C	
	Relation avec le patient	
FACTURATION	Mouvement population hospitalière	
	Registre marital	
	Registre mouvement des malades	
CAISSE	Recherche de débiteur	
	Changement	
	Exploitation fiche patient	
	Réamusement	
	Prise en charge	
ARCHIVES	Contraintes	
	Finis Participation à l'UdS et à la restauration	
	Registre	
	Imprimés	
	Dossier des malades	



Mr. Mehdi Benzaïd
Administrateur

Scanné avec CamScanner

FICHE NAVETTE

IDENTIFICATION DU PATIENT

1. N° D'ADMISSION	2. DATE DE NAISSANCE	3. GROUPE SANGUIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Nom :		
5. Nom de jeune fille :		
6. Prénom :		
7. Adresse :		

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

8. Caisse :		9. Matricule Assuré <input type="text"/>	
10. Nom, Prénom :			
11. Date de Naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
12. Qualité du malade :		13. Nom :	
		14. Prénom :	
15. N° Prise en charge :		16. Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SERVICE D'HOSPITALISATION

17. Service :		18. Nom et qualité du chef de service :	
19. Date d'entrée : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		20. Heure d'entrée :	
21. N° de salle :		22. N° Lit :	
23. Nom, Prénoms et qualité du médecin traitant :			
24. Mode d'entrée :		25. Code d'entrée :	

HOSPITALISATION DANS UN AUTRE SERVICE (MOUVEMENT DU MALADE)

26 Service	27. Date d'entrée	28. Heure d'entrée	29. Nom de salle / N° Lit	30. Médecin traitant
.....
.....
.....
.....
.....

SORTIE

CADRE RESERVE AU PRATICIEN

1. Date de Sortie : <input type="text"/>	2. Heure de Sortie <input type="text"/>
3. Mode de Sortie :	4. Code de Sortie : <input type="text"/>
5. Diagnostic ou Motif d'Entrée :	
6. Diagnostic de Sortie :	
7. Code C.I.M <input type="text"/>	8. Code G.H.M <input type="text"/>

Nom, Prénoms et Grade du Praticien

Visa du Chef de Service

.....

Date et Cachet

.....

Signature

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DE L'ETABLISSEMENT

9. N° de Factre :	10. Date :	11. Montant Total de la Prestation :
12. N° de Quittance :	13. Part S.S :	14. Part Patient :
15. Nature du Document de Sortie :	16. N° Document :	
17. Etablissement d'Accueil :	18. N° Prise en Charge (Santé) :	
19. Mineur Accompagné à sa Sortie par :		

Nom, Prénoms, et Fonction du Signataire

Date et Cachet

.....

.....

Signature

الملحق (03) fiche de liaison entre les établissements de sante

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

FICHE DE LIAISON ENTRE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE
 DANS LE CAS D'EVACUATION DE MALADES (modèle 3)

ETABLISSEMENT EVACUATEUR			
Date et horaire de départ de l'évacuation		N°d'ordre	
Identification du service évacuateur			
Médecin ayant décidé l'évacuation			
Nom et prénom du malade		Age	
sexe			
adresse			
Motif d'évacuation			
Renseignements cliniques			
Traitement reçu			
Etablissement d'accueil			
Moyens d'évacuation			

LE MEDECIN
le directeur de l'établissement ou son Représentant (directeur de garde)

NB : cette fiche ne serait en aucun cas remplacer la lettre d'orientation médicale.

Partie recto de la fiche de liaison qui doit être renseignée au niveau de l'établissement évacuateur et accompagner le malade à transférer.

جمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

ولاية _____
وعدة _____
القطاع الصحي _____
رقم _____

اعلان بوفاة

ق نام ولد وتسمية : _____
من شهر : _____
تقريب سنة التأسيس (ق) : _____
المسكن (ق) في : _____
بين : _____
بين : _____
زوجية : _____
الديانة : _____
مستوان الامانة : _____
تقبل هذه اذن المشغل يوم : _____
تقبل هذه بيوم : _____
في : _____

ليشاء الطبيب _____
ليشاء الطبيب _____

الكتابة المشيخة للاسم واللقب _____

بطاقة راجح جليل - البلدية العامة - 33-94-80 و 80-83-80 - بط رقم 12

Scanné avec CamScanner

الملحق رقم (06) rapport mensuel des activité

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION W. DE TIARET
ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE

RAPPORT MENSUEL DES ACTIVITES DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE TIARET
MOIS DE 2021

REPARTITION PAR AGE	5 A 15 ans		15 A 25 ans		25 A 40 ans		40 ans et		TOTAL	OBSERVATION
	H	F	H	F	H	F	H	F		
REPARTITION PAR SEXE										
Nbre TOTAL DE MALADES HOSPITALISE S	00	00	05	00	23	03	19	08	58	
MALADE HOSPITALISE POUR LA 1 ^{ER} FOIS	00	00	02	00	05	01	02	02	12	
NOMBRE DE RECHUTES	00	00	03	00	18	02	17	06	46	
Nbre DE MALADES DECEDES PENDANT LE MOIS	00	00	00	00	00	00	00	00	00	
Nbre DE MALADES GUERIS PENDANT LE MOIS	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Nbre DE MALADES SORTANTS PENDANT LE MOIS	00	00	07	00	30	08	20	08	73	
Nbre DE MALADES EN TRAITEMENT AMBULATOIRES	/	/	/	/	/	/	/	/	/	

TIARET LE : 06/04/2021

bureau des entrees 1 er trimestre (07) الملحق رقم

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE DE PSYCHIATRIE ARCHIVE MEDICALE	BUREAU DES ENTREES 1ER TRIMESTRE 2021	
	HOMMES	FEMMES
TOTAL DES DOSSIERS ARRETE 01/01/2021		
TOTAL DES DOSSIERS ARRETE AU 31/03/2021		
NOMBRES DES DOSSIERS DURANT LE MOIS DE JANVIER 2021		
TIARET		
TISEMSILT		
NAAMA		
EL BAYADH		
SAIDA		
BECHAR		
LAGHOUAT		
RELIZANE		
DJELFA		
MOSTAGHANEM		
GHARDAIA		
ORAN		
TOTAL		

EVACUATION RECU/STRUCTURES	NOMBRE
WILAYA DE TIARET	
TOTAL	

EVACUATIEN VERS	STRUCTURES	NOMBRE
DECISION MEDICALE	TIARET	
TOTAL		

TIARET LE: 06/04/2021 LE CHEF DE BUREAU

. الملحق رقم (08) mouvement d'hospitalisation

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

1-HOSPITALISATION ACTIVITE HOSPITALIERE

1- 1- MOUVEMENT D'HOSPITALISATION DU 1 ER TRIMESTRE 2021

SERVICES	UNITES	NOMBRE LITS		RESTANTS 1	ADMIS	NOMBRE DE JOURNEES D'HOSPITALISATION	SORTANTS	DECES	RESTANTS 2	TAUX D'OCCUPATION	DMS	COEFFICIENT DE ROTATION
		TECH	ORG									
PSYCHIATRIE ADULTE	K1		60	19	42	1795	43	0	18	33,24	29,43	1,02
	K2		50	20	52	1642	55	0	17	36,49	22,81	1,44
	K3		50	24	61	2114	63	0	22	46,98	24,87	1,7
	K4		60	17	44	1877	40	0	21	34,76	30,77	1,02
PEDOPSYCHIATRIQUE	URGENCE											
	PSYCHIATRIQUE											
	ENFANTS	20										
TOTAL	ADOLESCENTS		10									
		240	220	80	199	7428	201	0	78	37,52	26,62	1,27

TIARET LE :06/04/ 2021

LE CHEF DE BUREAU

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

1 2- MODE D'ADMISSION DU 1ER TRIMESTRE 2021

UNITES	NOMBRE DE MALADES ADMIS					S/TOTAL	MISE EN OBSERVATION			S/TOTAL	TOTAL
	CURE LIBRE		EVACUATION	MISE EN OBSERVATION			PLACEMENT ADMINISTRATIF	PLACEMENT JUDICIAIRE			
	ADMIS	REQUISITION									
K1	32	1	0	0	33	9	0	0	9	42	
K2	41	0	1	1	42	8	2	2	10	52	
K3	44	0	4	4	48	13	0	0	13	61	
K4	37	0	2	2	39	5	0	0	5	44	
TOTAL	154	1	7	7	162	35	2	2	37	199	

TIARET LE :06/04/2021

LE CHEF DE BUREAU

الملحق رقم (10) effectif journalier des malades

République Algérienne Démocratique et Populaire
MINISTÈRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE
ET DE LA POPULATION W.DE TIARET

ETABLISSEMENT HOSPITALIER
SPECIALISER EN PSYCHIATRIE

N° :/2021

Date :

EFFECTIF JOURNALIER DES MALADES

Services	Nbre de dossiers	Nbre de malades présents	Retour de permission	Total
Pavillon K1 Feghouli Ahmed Hommes				
Pavillon K2 Hamdani Adda Hommes				
Pavillon K3 Ali Maachi Hommes				
Pavillon K4 Naimi Fatima Femmes				
Total				

Le surveillant médical

Le Bureau des Entrées

LE DIRECTEUR

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
 MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE
 DIRECTION DE LA SANTE DE LA POPULATION

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE

EVALUATION DE L'ACTIVITE D'HOSPITALISATION
 MOIS DE 2021

Groupe de spécialités homogènes d'hospitalisation	Nombre de malade admis			Nombre de journées d'hospitalisation		
	Assurés sociaux	Démuni	Autres	Assurés sociaux	Démunis	Autres
Psychiatriques						
Total général						

Tiaret le:06/04/2021

resume standard dr sortie (12) الملحق رقم

RESUME STANDARD DE SORTIE			
ETABLISSEMENT : ...EHS PSYCHIATRIE DE TIARET	Réservé au Bureau des Entrées		
Service de :K	CODE Sce 118/....		
Chef de service :DR		
<table border="1"> <tr> <td>Matricule :</td> <td>N° du Dossier Dans le Sce :</td> </tr> </table>	Matricule :	N° du Dossier Dans le Sce :	
Matricule :	N° du Dossier Dans le Sce :		
Nom et Prénom :	CODE COMMUNE		
Date de naissance (âge) : Sexe :	DE NAISSANCE:...../.....		
Lieu de naissance :	CODE WILAYA		
Lieu de résidence (Wilaya) :	DE RESIDENCE :...../.....		
Date d'admission à l'hôpital :			
Dernier service d'hospitalisation			
Date d'entrée au service :	MATRICULE DU		
Médecin traitant :	PRATICIEN :		
Mode de sortie (1) :	CODE MODE		
Date de sortie de l'hôpital :	DE SORTIE :		
Motif d'hospitalisation :			
.....			
Diagnostic principal de sortie :	CIM 10 Dp:.....		
Diagnostics associés			
1-	CIM 10 — DA1.....		
2-	CIM 10 — DA2		
3-	CIM 10 — DA3.....		
Le Chef de service	Le Médecin traitant		

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION W. DE TIARET
ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE

ETAT DES MALADES MENTAUX ASSURES SOCIAUX ADMIS A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DURANT LE MOIS

N°	Nom et Prénom	Date de naissance	N° Assurance	Lieu de Naissance		Lieu de Résidence		Service	Durée de séjour	Nbr Actes P.M
				Commune	Wilaaya	Commune	Wilaaya			
01				DAHMOUNI	TIARET	DAHMOUNI	TIARET	PSYCHIATRIE	19 JOURS	08 B
02				OULED BESSAM	TISSEMSILT	OULED BESSAM	TISSEMSILT	PSYCHIATRIE	140 JOURS	10 B 03 AMI
03				TIARET	TIARET	TIARET	TIARET	PSYCHIATRIE	13 JOURS	01 K
04				OUED LILI	TIARET	OUED LILI	TIARET	PSYCHIATRIE	28 JOURS	13 B
05				TIARET	TIARET	TIARET	TIARET	PSYCHIATRIE	22 JOURS	
06				TISSEMSILT	TISSEMSILT	TISSEMSILT	TISSEMSILT	PSYCHIATRIE	82 JOURS	06 AMI
07				TIARET	TIARET	TIARET	TIARET	PSYCHIATRIE	24 JOURS	07 B
08				B.BOUNAAMA	TISSEMSILT	B.BOUNAAMA	TISSEMSILT	PSYCHIATRIE	13 JOURS	
09				MEDROUSSA	TIARET	MEDROUSSA	TIARET	PSYCHIATRIE	11 JOURS	12 B 04 AMI
10				K.CHELLALA	TIARET	K.CHELLALA	TIARET	PSYCHIATRIE	19 JOURS	
11				AIN EL HADID	TIARET	AIN EL HADID	TIARET	PSYCHIATRIE	20 JOURS	12 B
12				THENEIT EL HAD	TISSEMSILT	THENEIT EL HAD	TISSEMSILT	PSYCHIATRIE	21 JOUR	07 B 03 AMI
13				BECHAR	BECHAR	BECHAR	BECHAR	PSYCHIATRIE	14 JOURS	
14				TIARET	TIARET	TIARET	TIARET	PSYCHIATRIE	10 JOURS	
15				SAIDA	SAIDA	SAIDA	SAIDA	PSYCHIATRIE	13 JOURS	
16				M.SFA	TIARET	M.SFA	TIARET	PSYCHIATRIE	16 JOURS	09 AMI
17				TADJIMOUT	LAGHOUAT	TADJIMOUT	LAGHOUAT	PSYCHIATRIE	129 JOURS	03 AMI 09 B
18				SIDI HOSNI	TIARET	SIDI HOSNI	TIARET	PSYCHIATRIE	16 JOURS	17 B
19				M.SFA	TIARET	M.SFA	TIARET	PSYCHIATRIE	39 JOURS	
20				RELIZANE	RELIZANE	RELIZANE	RELIZANE	PSYCHIATRIE	25 JOURS	14 B
21				TISSEMSILT	TISSEMSILT	TISSEMSILT	TISSEMSILT	PSYCHIATRIE	11 JOURS	
22				MAHDIA	TIARET	MAHDIA	TIARET	PSYCHIATRIE	11 JOURS	14 B

TIARET LE :

LE DIRECTEUR

attestation de prise en charge delivree par l'agence cnas (الملحق رقم 14)
de tiaret

REPUBLICQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA SECURITE SOCIALE

ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE
DELIVREE PAR L'AGENCE CNAS DE TIARET

Matricule de l'assurée /2021

Cadre réservé à l'assuré

Nom de l'assuré	
Date de naissance	
Adresse	
N° d'assurance	
Lien avec le malade	ASSURE

Cadre réserve à la CNAS

Caisse d'affiliation	
N°d'assurance	
Date d'affiliation	
Qualité	
Centre de paiement	
Employeur	
Observation (ouverture de droit)	

Cachet et signature de la CNAS

Cadre réservé à l'hôpital

Hôpital	Etablissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie
Service	Psychiatrie
Nom du malade	
Prénom du malade	
Nature de soins (diagnostic)	
Date d'entrée	
Date de sortie	
/Durée de séjour	
Montant	

Cachet et signature de l'hôpital

الملحق رقم (15) استبيان

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

المدرسة العليا لإدارة الأعمال-تلمسان-

ماستر إدارة أعمال و خدمات الصحية

استمارة استبيان

في إطار إعداد مذكرة ماستر تحت عنوان: النظام التعاقدي، الضمان الاجتماعي، المستشفى، والتي سنتطرق من خلاله إلى توضيح دور الذي يلعبه النمط التعاقدي في تمويل و زيادة الفعالية في النظام الصحي ويساعد على التحكم في النفقات.

يسعدنا سيدي (سيدتي)، اختياركم ضمن عينة الدراسة للمشاركة في إثراء هذا الموضوع الأكاديمي، مؤمنين أنفسنا بتفهمكم وبقناعة منا بأنكم ستولون الإهتمام خلال إجابتكم على هذه الأسئلة. مع شكرنا المسبق نتعهد لكم أن مساهمتكم ستحاط بسرية وأنها لن تستخدم سوى لأغراض البحث العلمي.

تعريف ببعض مصطلحات الاستبيان

النظام التعاقدي:

النظام التعاقدي هو اتفاق يربط كل من المؤسسات الصحية بهيئة الضمان الاجتماعي, حيث يلتزم الأول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين و يلتزم الآخر بتمويل الخدمات.

الطالبة: سعودي إكرام

الملاحق

الجزء الأول: معلومات شخصية

الجنس

أنثى

ذكر

الفئة العمرية

أكثر من 45

من 30 إلى 45

أقل من 30 سنة

التخصص العلمي

علوم إقتصادية.

علوم التسيير.

أخرى.

محاسبة.

المؤهل العلمي

ليسانس

تقني سامي

دكتوراه

ماستر

ماجستير

مجال الوظيفة الحالية

رئيس مصلحة

موظف

إطار

مدير

سنوات الخبرة

أكثر من 20 سنة

من 10 إلى 20

أقل من 10 سنوات

الملاحق

القسم الثاني : فيما يلي مجموعة من الأسئلة متعلقة بنظام التعاقد.

الرقم	فقرات الإستبيان	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق بشدة	غير موافق بشدة
المحور الأول: يحقق نظام التعاقد فعالية في المؤسسات الصحية.						
1	يزيد في فعالية المؤسسة الصحية.					
2	يحسن النمط التعاقد في أداء المنظومة الصحية..					
3	يقوم برفع الخدمات المقدمة إلى المرضى.					
4	يسمح بالتحكم في النفقات الصحية.					
5	يحقق الأهداف المرجوة.					
6	يحقق التعاقد شفافية في علاقة المؤسسة مع ممولها.					
7	هو أداة إستراتيجية في تنمية القطاع الصحي.					
8	يقوم بخلق منافسة بين المستشفيات.					
9	يسعى إلى تحقيق صالح العام.					
10	يمكن من إتخاذ قرارات أكثر صوابا.					
11	يساعد على عقلانية الإنفاق.					

الملاحق

					12	يغير تفكير المؤسسة الصحية من البحث عن الموارد إلى البحث على النتائج.
					13	يساعد على التسيير العقلاني للموارد البشرية.
المحور الثاني: آليات نظام التعاقد.						
					14	يساعد النمط التعاقد في تمويل المستشفى.
					15	يعتمد تمويل النفقات الصحية في الجزائر على ثلاثة مصادر : الدولة الأسر الضمان الإجتماعي
					16	النمو الديمغرافي وتطور المنشآت أدى إلى زيادة الإنفاق الصحي.
					17	يركز على لامركزية القرار.
					18	يقوم النمط التعاقد بتحديد دور الدولة من خلال تنظيم القطاع الصحي
					19	هناك نوعين من التعاقد الداخلي و الخارجي
					20	يمنح رؤساء المصالح حرية التنظيم و التسيير .
					21	قد يؤدي تقليل نسبة الاستشفاء إلى خفض تكاليف.

الملاحق

					22	من أجل إنجازه يجب توفر العناصر التالية: - نوعية. - التقييم. - المصادقية.
					23	إن مكتب الدخول هو الركيزة الأساسية في نظام التعاقد.
					24	مصالح التعاقد الداخلي في مؤسسة صحية : مكتب القبول. مكتب التعاقد و التكاليف.
					25	يجب توفر تجهيزات بشرية و مادية لتسيير هذا التعاقد.
					26	يقوم المريض بدفع تسعيرة جزافية مثبتة في الإلتفاق و يتولى صندوق الحماية الإجتماعية دفع الباقي.
					27	يسعى النمط التعاقدي إلى: إرضاء المستهلك. إرضاء الطبيب و المرفق الصحي.
					28	يجب تغيير مجانية العلاج من أجل إنجاح النمط التعاقدي.
					29	قدرة التحكم في النظام الصحي و تسهيل.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	98	98.0
	Excluded ^a	2	2.0
Total		100	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.766	29

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.766	29

FREQUENCIES VARIABLES=الوظيفة المؤهل التخصص الجنس
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Statistics

		الجنس	العلمي المؤهل	الحالية الوظيفة مجال
N	Valid	100	100	100
	Missing	0	0	0

الملاحق

Frequency Table

		الجنس			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	43	43.0	43.0	43.0
	أنثى	57	57.0	57.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

		العلمي التخصص			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	التسيير علوم	19	19.0	19.0	19.0
	اقتصادية علوم	34	34.0	34.0	53.0
	محاسبة	16	16.0	16.0	69.0
	أخرى	31	31.0	31.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

		العلمي المؤهل			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	سامي تقني	29	29.0	29.0	29.0
	ليسانس	25	25.0	25.0	54.0
	ماستر	38	38.0	38.0	92.0
	ماجستير	2	2.0	2.0	94.0
	دكتوراه	6	6.0	6.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

		الحالية الوظيفة مجال			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	موظف	53	53.0	53.0	53.0
	مصلحة رئيس	26	26.0	26.0	79.0
	مدير	6	6.0	6.0	85.0
	إطار	15	15.0	15.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

Frequencies

		Statistics		
		الجنس	العلمي المؤهل	الحالية الوظيفة مجال
N	Valid	100	100	100
	Missing	0	0	0

Frequencies

		العمرية الفئة
N	Valid	100
	Missing	0

		العمرية الفئة			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	سنة 30 من أقل	12	12.0	12.0	12.0
	45 إلى 30 من	76	76.0	76.0	88.0
	45 من أكثر	12	12.0	12.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

		الخبرة سنوات			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	سنوات 10 من أقل	17	17.0	17.0	17.0
	20 إلى 10 من	66	66.0	66.0	83.0
	سنة 20 من أكثر	17	17.0	17.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
الصحية المؤسسة فعالية في يزيد	100	1.00	4.00	1.9800	.95325
الصحية المنظومة أداء في التعاقدى النمط يحسن	98	1.00	5.00	2.1837	1.03890
المرضى إلى المقدمة الخدمات برفع يقوم	100	1.00	5.00	2.1000	1.03962
الصحية النفقات في بالتحكم يسمح	100	1.00	31.00	2.7100	4.16162
المرجوة الأهداف يحقق	100	1.00	4.00	2.3200	.94152
مموليا مع المؤسسة علاقة في شفافية التعاقد يحقق	100	1.00	4.00	2.1100	.88643
الصحي القطاع تنمية في إستراتيجية أداة هو	100	1.00	7.00	1.7200	1.11988
المستشفيات بين منافسة بخلق يقوم	100	1.00	4.00	2.3300	.82945
العام صالح تحقيق إلى يسمى	100	1.00	5.00	1.7800	.90543
صوابا أكثر قرارات إتخاذ من يمكن	100	1.00	5.00	2.1200	1.19155
الإففاق عقائدية على يساعد	100	1.00	5.00	2.2000	.91010
الموارد عن البحث من الصحية المؤسسة تفكير يغير	100	1.00	4.00	1.9600	.85185
النتائج على البحث إلى					
البشرية للموارد العقلاني التسيير على يساعد	100	1.00	4.00	2.1100	.83961
المستشفى تمويل في التعاقدى النمط يساعد	100	1.00	4.00	1.9000	1.02000
ثلاثة على الجزائر في الصحية النفقات تمويل يعتمد	100	1.00	4.00	1.7700	.75015
مصادر					
زيادة إلى أدى المنشآت وتطور الديمغرافي النمو	100	1.00	4.00	2.0800	.86082
الصحي الإففاق					
خلال من الدولة دور بتحديد التعاقدى النمط يقوم	100	1.00	4.00	1.9800	.96379
الصحي القطاع تنظيم					
القرار لامركزية على يركز	100	1.00	4.00	2.4500	.94682
الخارجي و الداخلي التعاقد من نوعين هناك	100	1.00	5.00	2.2800	1.02573
التسيير و التنظيم حرية المصالح رؤساء يمنح	100	1.00	4.00	2.0400	1.04369
تكاليف خفض إلى الاستشفاء نسبة تقليل يؤدي قد	100	1.00	4.00	2.2400	.90028
-الدولة-التالية العناصر توفر يجب إنجازه أجل من	100	1.00	12.00	1.8600	1.62070
الإجتماعي الضمان- الأمر					
الرقابة وتسهيل الصحي النظام في التحكم قدرة	100	1.00	3.00	1.6200	.70754
نظام في الأساسية الركيزة هو الدخول مكتب إن	100	1.00	4.00	1.7300	.58353
..المصادقية - التقييم - نوعية - التعاقد					
مكتب صحية مؤسسة في الداخلي التعاقد مصالح	100	1.00	3.00	1.5300	.64283
التكاليف و التعاقد مكتب القبول					
هذا لتسيير مادية و بشرية تجهيزات توفر يجب	100	1.00	4.00	1.8800	.75585
التعاقد					
الإففاق في مثبثة جزافية تسعيرة يدفع المريض يقوم	100	1.00	5.00	1.9600	1.04369
البقي دفع الإجتماعية الحماية صندوق يتولى و					
إرضاء المستهلك إرضاء إلى التعاقدى النمط يسمى	100	1.00	5.00	1.9600	.95261
الصحي المرفق و الطبيب					

الملاحق

النمط إنجاز أجل من العلاج مجانية تغيير يجب التعاقد.	100	1.00	5.00	1.9500	1.32859
Valid N (listwise)	98				

Regression

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	التعاقد النظام اليات ^b		. Enter

a. Dependent Variable: الصحية المؤسسات في فعال التعاقد النظام

b. All requested variables entered.

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.642 ^a	.412	.406	.46188

a. Predictors: (Constant), التعاقد النظام اليات

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	14.635	1	14.635	68.601	.000 ^b
	Residual	20.907	98	.213		
	Total	35.542	99			

a. Dependent Variable: الصحية المؤسسات في فعال التعاقد النظام

b. Predictors: (Constant), التعاقد النظام اليات

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Fraction Missing Info.	Relative Increase Variance
		B	Std. Error					
1	(Constant)	.433	.210			2.066		.041
	التعاقد النظام اليات	.868	.105	.642		8.283		.000

a. Dependent Variable: الصحية المؤسسات في فعال التعاقد النظام

Correlations

Correlations			
		في فعال التعافي النظام	التعاقدى النظام اليات
		الصحية المؤسسات	
الصحية المؤسسات في فعال التعافي النظام	Pearson Correlation	1	.642**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	100	100
التعاقدى النظام اليات	Pearson Correlation	.642**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	100	100

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Frequencies

Statistics

الحالية الوظيفة مجال

N	Valid	100
	Missing	0

الحالية الوظيفة مجال

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	موظف	53	53.0	53.0	53.0
	مصلحة رئيس	26	26.0	26.0	79.0
	مدير	1	1.0	1.0	80.0
	إطار	20	20.0	20.0	100.0
Total		100	100.0	100.0	

فهرس المحتويات

جدول المحتويات

الصفحة	الموضوع
/	الشكر والتقدير
/	الإهداء
II	خطة البحث
III	قائمة الجداول
VI	قائمة الأشكال
VII	قائمة الملاحق
أ- و	مقدمة عامة
	الفصل الأول: النظام التعاقدى كمصدر لتمويل نفقات الصحة في الجزائر
02	تمهيد
03	المبحث الأول: مصادر التمويل و الإنفاق في الجزائر
03	المطلب الأول: تحليل وتقييم تطور نفقات الصحة في الجزائر
06	المطلب الثاني: تحليل أسباب الزيادة في نفقات الصحة
09	المطلب الثالث: مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر
12	المبحث الثاني: النظام التعاقدى كبديل لتمويل النفقات صحة في الجزائر
12	المطلب الأول: الأسس المفاهيمية للنمط التعاقدى
18	المطلب الثاني: الأسس النظرية أهداف ومراحل النظام التعاقدى
25	المطلب الثالث: مراحل النظام التعاقدى
29	المبحث الثالث: أنواع وأسباب النمط التعاقدى

28	المطلب الأول: أنواع النمط التعاقدى
30	المطلب الثاني:أسس النمط التعاقدى.
34	المطلب الثالث:أسباب النمط التعاقدى
35	خلاصة الفصل الأول
	الفصل الثاني: علاقة النظام التعاقدى الضمان الاجتماعي و المستشفيات
37	تمهيد
38	المبحث الأول: أساسيات حول الضمان الاجتماعي
38	المطلب الأول:أسس المفاهيمية لضمان الاجتماعي
43	المطلب الثاني: أسس النظرية لضمان الاجتماعي
49	المبحث الثاني:أساسيات حول المستشفى
49	المطلب الأول:هيئات عرض الخدمات الصحية
53	المطلب الثاني: وظائف و أنواع المستشفيات
55	المبحث الثالث: نظام التعاقدى، الضمان الاجتماعي و المستشفى
55	المطلب الأول:مسار التعاقد و دور الدولة في النظام التعاقدى
62	المطلب الثاني: أنواع التعاقد فى المستشفيات وصيغة نمطه التعاقدى
66	المطلب الثالث:المشاكل وصعوبات التي حالت دون تطبيق النمط التعاقدى
67	خلاصة الفصل الثانى
	الفصل الثالث: دراسة ميدانية فى المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية -تيارت-
69	تمهيد
70	المبحث الأول:تقديم المؤسسة المتخصصة فى الأمراض العقلية
70	المطلب الأول:مهام وهياكل مؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية

74	المطلب الثاني: أهمية مكتب القبول في عملية النظام التعاقدى
81	المطلب الثالث: برنامج المريض
82	المبحث الثاني: عرض الدراسة الميدانية
83	المطلب الأول: مجتمع الدراسة
85	المطلب الثاني: عينات ومتغيرات الدراسة
86	المطلب الثالث: أدوات الدراسة وقياس صدق الاستبيان
86	المبحث الثالث: عرض ومناقشة النتائج.
86	المطلب الأول: تحليل البيانات الشخصية
96	المطلب الثاني: تحليل محاور الاستبيان
100	المطلب الثالث: اختبار فرضيات الدراسة
102	خلاصة الفصل الثالث
104	خاتمة عامة
107	قائمة المراجع
135-113	الملاحق
146-145	الملخص

الملخص: يدرج التعاقد على جدول الأعمال في العديد من البلدان التي تسعى إلى إصلاح أنظمة الحماية الصحية والاجتماعية لديها.

تهدف هذه الدراسة غالبًا إلى ما يتم تقديمه من خلال التعاقد فهو كوسيلة لإعادة تعريف العلاقات بين الجهات الفاعلة الرئيسية في النظام الصحي من أجل تحقيق قدر أكبر من الكفاءة في استخدام الموارد المتاحة. تقدم هذه الدراسة وتطل التجربة الجزائرية بهدف وضع قواعد جديدة لتمويل مزايا الرعاية الصحية من خلال الضمان الاجتماعي. حيث نقوم بشرح لماذا وكيف تم اعتبار التعاقد كعنصر من مكونات إصلاح نظام الرعاية الصحية، وتحليل مراحل تنفيذه قبل استخلاص بعض الدروس من هذه التجربة التي لا تزال مستمرة. في تنفيذه، واجه التعاقد مع الصعوبات المنهجية المعتادة لقياس فعالية خدمات الرعاية الصحية وتكاليفها، ولكن أيضًا مع السياق المؤسسي المتدهور وترك مجال ضئيل للجهات الفاعلة المعنية للانخراط في العملية.

و خلال دراستنا لهذا الموضوع اتبعنا المنهج الوصفي في الفصلين الأول و الثاني و المنهج التحليلي في الفصل الثالث لتحليل نتائج الاستبيان الموزعة على العينة من الموظفي المؤسسة المتخصصة في الأمراض العقلية -تيارت-

و خلصت الدراسة إلى أن نظام التعاقد يزد في فعالية المؤسسات الصحية.

الكلمات المفتاحية: الضمان الاجتماعي، التعاقد، الصحة، الجزائر.

Résumé : La contractualisation est à l'ordre du jour dans de nombreux pays poursuivant une réforme de leurs systèmes de santé et de protection sociale. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. Cette étude représente et analyse l'expérience algérienne en vue d'établir de nouvelles règles de financement des prestations de soins par la sécurité sociale. Les auteurs présentent pourquoi et comment la contractualisation a été considérée comme une composante de la réforme du système de soins, analysent les étapes de sa mise en œuvre avant de tirer quelques enseignements de cette expérience encore en cours. Dans sa mise en œuvre, la contractualisation s'est heurtée aux difficultés méthodologiques habituelles de mesure de l'efficacité des prestations de soins et de leurs coûts mais aussi au contexte institutionnel dégradé et laissant peu de marge aux acteurs en présence pour s'engager dans une démarche contractuelle d'atteinte d'objectifs négociés.

Au cours de notre étude de ce sujet, nous avons suivi l'approche descriptive dans les premier et deuxième chapitres et la méthode analytique dans le deuxième chapitre pour analyser les résultats du questionnaire distribué à l'échantillon d'employés de l'établissement spécialisé en maladie mentale – Tiaret. L'étude a conclu que le système contractuel augmente l'efficacité des établissements de santé

Mots-clés : Sécurité sociale, Contractualisation, Santé, Algérie.