الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة العليا لإدارة الاعمال _تلمسان_

مذكرة تخرج

لنيل شهادة ماستر اكاديمي في علوم التسيير

التخصص : ادارة الخدمات الصحية

بعنوان :

النظام التعاقدي بين المؤسسة الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي دراسة حالة الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعمال الاجراء -قالمة-

من اعداد الطالبة : عبايدية شوبيلة **تحت اشراف الاستاذ** هامش عمار

المناقشة بتاريخ :

لجنة المناقشة

اسم ولقب الاستاذ	الرتبة	الصفة
هامش عمر	استاذ محاضر صنف ا	مؤطر
بن عيسى	استاذ محاضر صنف ا	ممتحن
تاج مزيان	بروفيسور	رئيسا

2023/2022

شكر وعرفان

الحمد هلل الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة و أ عاننا على أداء هذا العمل ووفقنا في ذلك الحمد لله

أتوجه بالشكر والامتنان إلى الأستاذ المشرف"هامش عمار"على قبوله الاشراف

على المذكرة و الذي لم يبخل علي بتوجيهاته

في إتمام هذا البحث وتذليل الصعوبات، و شكر ا لكل من ساعدني من قريب أو من بعيد ولو بكلمة

الشكر للاساتذة "اسيا براهيمي"واالتي لن انسى جميلها ما حييت والاستاذ "بن عيسى" على دعمهم لي في هذا العمل

الشكر لشيماء قمور على وقوفها معي لحظة الضعف وتقديم يد العون والمساعدة

و أشكر أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة المذكرة

الاهداء

إلى من ربتني و أنارت دربي و أعانتني بالصلوات والدعوات ،الى أغلى إنسان في الوجود

أمي الحبيبة

إلى من عمل بكد في سبيلي وعلمني معنى الكفاح و أوصلني إلى ما أنا عليها أبي الكريم

أدامه الله لي

الى اختي رحاب واخي قرة عيني يحيى

الى الجنيني الذي اتعبته بالسفر والسهر على انجاز هذه المذكرة

الى صديقاتي وكل من كان عونا لي على انجاز هذه المذكرة

شوبيلة عبايدية

خطة البحث

مقدمة عامة

الفصـــــــــــــــــــل الاول: الاطار النظري للتمويل الصحي والتامينات الاجتماعية

تمهيد

المبحث الاول :عموميات حول التأمينات الاجتماعية

المطلب الاول : صناديق الضمان الاجتماعي وادوارها

المطلب الثاني : اشتراكات الضمان الاجتماعي

المطلب الثالث : نظام الضمان الاجتماعي الجزائري

المبحث الثاني التمويل الصحي

المطلب الاول : تمويل نفقات الانظمة الصحية

المطلب الثاني : اليات تمويل نفقات الانظمة الصحية

المطلب الثالث : الانفاق على الصحة في الجزائر

خلاصة الفصل الاول

الفصـــــــــــــــــــل الثاني: التعاقد في إطار الضمان الاجتماعي كنمط لتغطية النفقات الصحية

تمهيد

المبحث الاول : النظام التعاقدي كبديل لتمويل قطاع الصحة

المطلب الاول : اساسيات حول النظام التعاقدي في القطاع الصحي

المطلب الثاني : دور الدولة والجماعات المحلية في النظام التعاقدي

المطلب الثالث : التعاقد كألية جديدة لتمويل الصحي في الجزائر

المبحث الثاني : شروط التعاقد واسباب نجاحه في الجزائر

المطلب الاول : اسباب التعاقد

المطلب الثاني : الشروط الاولية لنجاح التعاقد

المطلب الثالث : الصعوبات والمشاكل التي تواجهه

خلاصة الفصل الثاني

الفصـــــــــــــــل الثالث:: دراسة ميدانية للصندوق الوطني الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء قالمة

تمهيد

المبحث الاول : تقديم عام للصندوق الوطني الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء قالمة

المبحث الثاني : الاطار المنهجي ونتائج الدراسة الميدانية

المبحث الثالث مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج

خاتمة عامة

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	**يوضح نصيب الفرد من نفقات الصحة بالدولار الامريكي في الجزائر**	31
02	**تطور المنشات الصحية القاعدية وعدد الممارسين في المجال الصحي**	34
03	**عدد الموظفين حسب الفئات المهنية والجنس**	67
04	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجنس**	83
05	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير العمر**	83
06	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المستوى الدراسي**	84
07	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المهنة الممارسة**	86
08	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الأول**	87
09	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثاني**	89
10	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثالث**	89
11	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الرابع**	90
12	**الاجابات على السؤال الخامس من المحور الثاني**	90
13	**الاجابات على السؤال السادس من المحور الثاني**	91
14	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال السابع من المحور الثاني**	91
15	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثامن من المحور الثاني**	92
16	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الاول من المحور الثالث**	93
17	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثاني من المحور الثالث**	93
18	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثالث من المحور الثالث**	94
19	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الرابع من المحور الثالث**	94
20	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الخامس من المحور الثالث**	95
21	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال السادس من المحور الثالث**	96
22	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال السابع من المحور الثالث**	96
23	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثامن من المحور الثالث**	97
24	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال التاسع من المحور الثالث**	97
25	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الحادي عشر من المحور الثالث**	98

26	**إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال 12 من المحور الثالث**	99

قائمة الاشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	**مخطط التحصيل عن طريق الملاحقة**	21
02	**مخطط حجز ما للمدين لدى الغير**	22
03	**مخطط مراحل المعارضة المالية المصرفة**	23
04	**تطور نفقات الصحة في الجزائر**	31
05	**منطق التعاقد في الجزائر**	51
06	**صور توضيحية لموقع الصندوق الاوطني للعمال الاجراء قالمة**	66
07	**عدد الموظفين حسب الفئات المهنية والجنس**	67
08	**الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للعمال الاجراء وكالة قالمة**	68
09	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجنس**	84
10	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير العمر**	85
11	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المستوى الدراسي**	86
12	**توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المهنة الممارسة**	88

مقدمة عامة

المقدمة :

إن التفعيل الحقيقي لحق المواطنين في الرعاية الصحية الذي يتصّدر المواثيق الدولية و دساتير دول العالم ، ومن أدنى مستويات الحق في الصحة بل أرقاها وهي الرفاهية في الصحة وفقا لمفهوم منظمة الصحة العالمية , لن يأتي الا في سياق بيئة قانونية تتميز بوضوح وشفافية الآليات، وعصرنة الميكانزيمات . وقد كرست الجزائر منذ الاستقلال تشريعيا الحق في الصحة ، وأولته اهتماما لافتا من خلال تبني مبدأ مجانية العالج[1] كخيار سياسي اجتماعي فإن التحقيق الفعلي لهذا الحق في الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العامة لا يزال يعاني من بعض التحديات. إذ لم يتم توفير الآليات المناسبة لتنفيذ هذا المبدأ وتفعيله بشكل فعال ومستدام، وخاصة فيما يتعلق بتنظيم معايير مساهمة الضمان الاجتماعي في ضمان الحق في الصحة.

يعد شعور الأفراد بالأمن والضمان الاجتماعي متطلبًا عامًا في سياق التنمية الاقتصادية. ومن الضروري أن يترجم هذا الشعور إلى إجراءات عملية وليس مجرد شعار. لذلك، أصبحت الإصلاحات في مجال الضمان الاجتماعي ضرورة بالنظر إلى التحديات المتعددة التي تواجهها الدول، وليس فقط بسبب زيادة نفقات الضمان الاجتماعي وظاهرة ارتفاع معدلات الشيخوخة في السكان، بل لأنها أصبحت جزءًا لا يتجزأ من سياسات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. يمكن استخدام الإصلاحات في مجال الضمان الاجتماعي كوسيلة لتجميع رؤوس الأموال اللازمة لتعزيز عجلة التنمية. كما يمكن أن تسهم هذه الإصلاحات في تحقيق معدلات نمو اقتصادي مقبولة، حيث تعتبر أداة لتعزيز النمو الاقتصادي.

يعتبر تمويل نفقات الأنظمة الصحية رهان حقيقي بالنسبه للدول خاصه في ظل التحولات الاجتماعيه والاقتصاديه العميقه التي تعرفها العديد من البلدان وخاصه الناميه منها ،وهذا ما يستدعي ضروره

[1] المادة 12 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة، مؤرخ يف02 يوليو 2018 ،جريدة رسمية عدد 46 لسنة 2018

مقدمة عامة

تكييف الانظمه الصحيه من ناحيتي الاطار التنظيمي والتمويل وبعد استخدام التعاقد في النظم الصحيه للبلدان الناميه حديثا نسبيا ولكنه اصبح اكثر شيوعا في السنوات الاخيره وبشكل تدريجي فالاصلاحات الصحيه التي عرفتها العديد من البلدان ومن بينها الجزائر دعت الى تطبيق نظام التعاقد في تسيير وتمويل المؤسسات الصحيه حيث ان المؤسسات الصحيه الجزائريه اصبحت تواجه مشاكل كبيره من ناحيه التمويل والتسيير المالي ويرجع ذلك الى عدم قدرتها على تغطيه جميع نفقات الصحية اللازمة وهذا ما ادى الى ضرورة اعتماد النمط التعاقدي كنظام جديد لتمويل النظام الصحي والذي بدوره يحقق مجموعه من الاهداف التي من شانها رفع الكفاءة للقطاع الصحي[2] ومن اجل مساعده البلدان على اتقان اداه التعاقد وضعت منظمه الصحة العالمية اطارا معياريا من خلال تطوير العديد من الوثائق الأساسية التي تشرح كيفيه تنفيذها بشكل صحيح للعلاقات التعاقدية وتدعم منظمه الصحة العالمية البلدان الاعضاء الى ادخال تعاقدات في اصلاحاتها وتصر على احترام شروط نموذجها المرجع وقد اشرف فتح العديد من تجارب التعاقد في العديد من البلدان النامية كمالي وبوركينا فاسو.[3]

وهذا ما جسده المشرع الجزائري في إطار عصرنة الحماية الاجتماعية والصحية من خلال تكريسه قانونا في نصوص سابقة اهمها القانون 83/11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية ويعرف حاليا تطورا تدريجيا ليلج إلى التفعيل الميداني الشامل لآلية التعاقد بني القطاع الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي، من خلال تهيئة البيئة القانونية والتقنية، سعيا للتكريس الحقيقي للحق في الصحة، وضمان خدمات صحية نوعية للمواطن، وتحقيق الشفافية والنجاعة الضروريتين في إطار قطاعي الضمان الاجتماعي والصحة خصوصا من حيث التسيير و التمويل يعد النمط التعاقدي اللبنة

[2] خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر ص144

[3] مرجع سبق ذكره في الصفحة السابقة

الاساسية لتطوير وترقية الخدمات الصحية، هذا ما سوف نتعرض له من خلال الاجابة على الاشكالية التالية :

اشكالية البحث :

كيف يساهم النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي وقطاع الصحة في تقليل تكلفة العلاج؟

فرضيات الدراسة :

للإجابة على الاشكالية يمكننا طرح الفرضيات التالية

- يقلل النظام التعاقدي من نفقات العلاج من خلال تغطية نسب معينة من تكاليف العلاج وفق العقد المبرم وبتالي تقليص العبء على المؤسسة الصحية
- النظام التعاقدي هو اداه استراتيجية لتطبيق السياسه الصحيه الوطنيه لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل اطراف والجهات الفاعله وبالتالي وترشيد النفقات

دوافع اختيار موضوع الدراسة :

- الميول الشخصي لهذا الموضوع باعتباره موضوع ذو قيمة كبيرة نظرا لارتباطه بقطاع استراتيجي وحساس.
- لفت انتباه القائمين على تسيير قطاع الضمان الاجتماعي والصحي بمثل يهذه الدراسات.
- ترشيد الاستهلاك الكبير للنفقات في قطاع الصحة واستغلالها لتطوير جودة الخدمات الصحية

اهمية الدراسة :

تتبع اهميه الدراسة في تبيين الدور الهام للنظام التعاقدي واثاره الاقتصادية والاجتماعية على القطاع الصحي والافراد كما سنتناول الجانب المالي واثره على التوازنات المالية للمؤسسات الصحية من خلال اظهار مكانة الضمان الاجتماعي واهميته بالنسبة للفرض والمجتمع

الدراسات السابقة :

- ✓ **خلاص يا عبد الاله 2020: العلاقه بين نفقات الصحه ومصادر التمويل في الجزائر دراسه تحليليه قياسيه للفتره (1990- 2018)** اطروحه مقدمه لنيل شهاده الدكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصاديه تخصص اقتصاد الماليه العامه دراسة تحليلية تهدف الى الاحاطه بالجانب النظري الاقتصاد الصحه والتمويل الصحي و التعرف على اسباب المؤديه الى ارتفاع الانفاق الصحي بشكل كبير خلال السنوات الاخيره في الجزائر وقياس شكل العلاقه بين النفقات الصحه ومصادر تمويلها خلال الفتره(1990- 2018) ومعرفه المصدر المالي الاكثر فعاليه والتوصل الى بعض الاقتراحات التي من شانها المساهمه في زياده فعاليه وكفاءه نظام التمويل الصحه في الجزائر[4]
- ✓ **دراسه عدمان مريزق سنه 2006 بعنوان اشكاليه تمويل النظام الصحي في الجزائر واليات التحكم فيه** هدفت الدراسه الى تحليل التغيرات الحاصله لنظام التمويل ودراسه امكانيه توسيع مصادره او تطوير طرق جديده لذلك انطلاقا من تجارب على المستوى الدولي وقد خلصت الدراسه بجمله من الدروس المستفاده فيما يتعلق بتمويل النظام الصحي في الجزائر مع التفكير في تطبيق الاصلاحات المقترحه من اجل تجديد وتوسيع وسائل التمويل وطرقها[5]

[4] خلاص يا عبد الاله 2020: العلاقه بين نفقات الصحه ومصادر التمويل في الجزائر دراسه تحليليه قياسيه للفتره (1990- 2018) اطروحه مقدمه لنيل شهاده الدكتوراه الطور الثالث في العلوم الاقتصاديه تخصص اقتصاد الماليه العامه

[5] عدمان مريزق سنه 2006 بعنوان اشكاليه تمويل النظام الصحي في الجزائر واليات التحكم فيه مجلة الاصلاحات الاقتصادية والاندماج في الاقتصاد العالمي المجلد 01 العدد01 2006 ص67_86

- ✓ **بلحنافي فاطمة 2017 النظام التعاقدي كالية لتحقيق النوعية في قانون التامينات الاجتماعية** تهدف الدراسة الى تحليل وفهم النظام التعاقدي واهميته ودراسة دور الاتفاقيات في تطوير الشراكة مع قطاع الصحة [6]

هيكل الدراسة :

يتناول الفصل الاول الاطار النظري للتمويل الصحي والتامينات الاجتماعية وفيه سنتطرق الى مبحثين المبحث الاول يتناول عموميات حول التامينات الاجتماعية ام المبحث الثاني فيتناول التمويل الصحي . اما الفصل الثاني فيدرس التعاقد في اطار الضمان الاجتماعي كنمط لتغطية النفقات الصحية وسنتطرق فيه هو الاخر الى مبحثين المبحث الاول يتناول النظام التعاقدي كبديل لتمويل قطاع الصحة اما المبحث الثاني فيتناول شروط التعاقد واسباب نجاحه في الجزائر تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من اجل جمع المعلومات وسردها وتحليلها هذا الاسلوب يعتمد على الاستقراء والاستنتاج كون الموضوع يندرج ضمن الدراسات الاقتصادية

[6] بلحنافي فاطمة 2017 النظام التعاقدي كالية لتحقيق النوعية في قانون التامينات الاجتماعية مجلة قانون العمل والتشغيل العدد الرابع جوان 2017

الفصل الاول :

الاطار النظري للتمويل الصحي والتامينات الاجتماعية

تمهيد :

تعاني العديد من الحكومات من ظاهره التزايد المستمر للانفاق على الصحه اذا اصبح الشغل الشاغل لها هو عمليه ترشيد النفقات وتوفير المصادر الماليه اللازمه لتغطيتها والتحكم فيها وتختلف هذه المصادر الماليه من منظومه صحيه لاخرى حسب السياسه التمويليه المنتهجه فمنها من يعتمد على مصدر مالي تمويل مفرد في حين بعضها الاخر تتعدد المصادر التمويليه المخصصه لتغطيه نفقاته الصحيه الجزائر بدورها تعاني من مشكله التطور الكبير والتنانير واسع للنفقات الصحيه حيث اصبحت ارقام النظام الصحي في مجال الانفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمه في تمويله لذا اصبحت عمليه تمويل النفقات صحيه في الجزائر تشكل رهان حقيقي للدوله ولاصحاب القرار في هذا النظام سنحاول في هذا الفصل تحليل وتقييم تطور نفقات الصحه في الجزائر نسبه للمؤشرات الاقتصاديه الكليه ومعرفه وتحليل الاسباب التي ادت بالنفقات الصحيه الى التزايد ايضا معرفه المصادر التمويليه المعتمده في الجزائر لتغطيه النفقات الصحيه والتي تعتبر هيئه الضمان الاجتماعي واحده منها او الاكبر وسنفصل فيها هي الاخرى ونتعرف على صناديق الضمان الاجتماعي وادوارها ونذكر دور التامين الاجتماعي في تغطية هذه النفقات

المبحث الاول عموميات حول التأمينات الاجتماعية

تعد الهيئات الضمان الاجتماعي من أهم المؤسسات الحيوية في المجتمع، نظرًا لدورها الحاسم في توفير الرعاية الاجتماعية المناسبة وحماية الفرد في ظروف الحياة المختلفة. تتجلى هذه الأهمية في إدارة المخاطر الاجتماعية المتنوعة، كما يتجلى ذلك في وظائف التأمين الاجتماعي المختلفة التي تهدف إلى توفير حماية شاملة لفئات واسعة في المجتمع، ولا سيما الطبقة العاملة التي تعتبر العمود الحيوي لأي مجتمع. ولذلك، تهتم هذه الهيئات العامة المسؤولة بإدارة هذه المخاطر بطرق متعددة، مثل التخفيف من حدتها وتوفير التغطية الضرورية للأفراد في حالة حدوثها. ومن الوسائل المستخدمة، تجميع المساهمات الاجبارية من المشتركين في المنظومة، والتي تستخدم فيما بعد لتغطية المخاطر التي يتعرضون لها في حالة حدوث الحوادث أو الظروف الاستثنائية.

المطلب الاول : صناديق الضمان الاجتماعي وادوارها

الفرع الاول مفهوم التامينات الاجتماعية

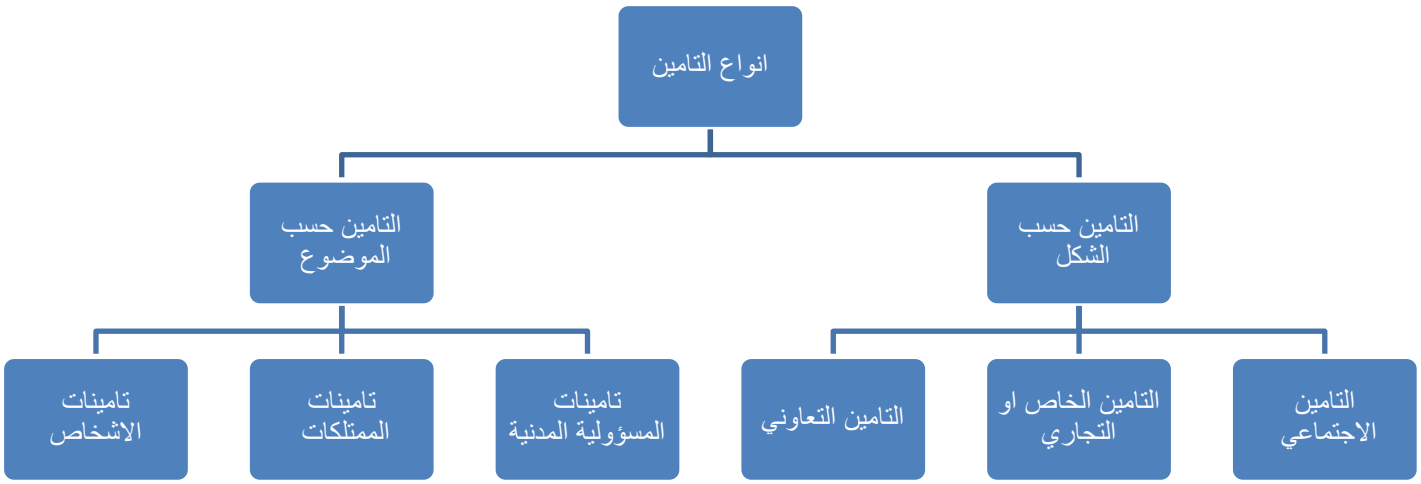
يعتبر مصطلح التأمينات الاجتماعية مصطلحاً غربياً يستخدم لوصف نظام يهدف إلى توفير الحماية الاجتماعية للفئات المستفيدة منه. في اللغة الفرنسية، يستخدم مصطلح "sécurité sociale"، بينما في اللغة الإنجليزية يستخدم مصطلح "social security". وعند ترجمته حرفياً إلى اللغة العربية، يظهر كـ "الضمان الاجتماعي"، ولكن الترجمة الحرفية تغير المعنى المقصود به. فعبارة "الضمان الاجتماعي" لا تعبر بالضبط عن المعنى الذي يراد توضيحه باستخدام مصطلح التأمين الاجتماعي. بالواقع، يشير إلى النظام الذي يوفر للأفراد حماية اجتماعية معينة من مخاطر اجتماعية محددة أثناء أدائهم لمهامهم اليومية[7] عند استكشاف آراء كتاب التأمين الاجتماعي في تحديد معنى التأمين الاجتماعي، يرى البعض أن مبدأ التضامن الاجتماعي يلعب دورًا مهمًا في هذا النوع من التأمين،

[7] حسّن عبد اللطّف حمدان، الضمان الاجتماعي أحكامه وتطبيقاته، دراسة تحليلية شاملة، منشورات الحلبّي الحقوقّية، 2003 ،ص 44

حيث يهدف هذا المبدأ إلى توزيع الخسائر التي تتعرض لها بعض الأفراد على الآخرين الذين يتمتعون بحماية اجتماعية، وذلك من أجل تحقيق المساواة في مواجهة المخاطر.

يقوم التأمين الاجتماعي على أساس التضامن الاجتماعي، حيث يتم جمع المساهمات المقدمة من قبل المؤمنين، وتُستخدم لتوفير تغطية مالية في حالة حدوث مخاطر معينة، سواء كانت تعويضات مباشرة أو غير مباشرة. وبالتالي، يمكن اعتبار التأمين الاجتماعي نتيجة لتفاعل الازدواجية التضامنية في هذا السياق، حيث يتم تحصيل الاشتراكات المقدمة من المؤمنين كمصدر تمويل لتغطية الأداءات المستقبلية، مثل التعويضات المباشرة كتعويضات الضمان الاجتماعي والتعويضات غير المباشرة مثل خدمات الرعاية الصحية والتقاعد.

الفرع الثاني انواع التامين



المصدر من اعداد الطالبة بالاعتماد على محاضرة الاستاذة قارة تركي

اولا – انواع التامين حسب الشكل

- **التامين التعاوني (التبادلي)** يجتمع في هذا النوع من التأمين مجموعة من الأشخاص المعرضين للأخطار. وتُخصص هذه الاشتراكات لأداء التعويض المستحق لمن يتعرض لأضرار. ويقوم كل فرد بدفع اشتراك محدد. ولا يكون الغرض الرئيسي من هذا التأمين تحقيق الربح التأميني للأعضاء، بل توفير التغطية للضرر. ويعتمد هذا النوع من التأمين على أساس تعاوني بحت. وعادةً ما تتولى هيئات التأمين التبادلي، والجمعيات التعاونية للتأمين، وصناديق التأمين الخاصة هذا النوع من التأمين
- **التامين الخاص او التجاري (اختياري)** يستند هذا النوع من التأمين بشكل أساسي على الاختيار، وهو التأمين الذي يتولاه منشآت وهيئات مملوكة للأفراد أو مجموعة منهم، أو المؤمن والمؤمن له، أو للدولة عبر شركات أو جمعيات تخضع للقوانين الخاصة التي تنظم المعاملات المالية في الدولة. يشمل هذا النوع من التأمين تأمين الحوادث، والحرائق، والممتلكات، وغيرها
- **التامين الاجتماعي (اجباري)** التأمين الاجتماعي هو تأمين إجباري وليس اختياري للعامل أو صاحب العمل عند توفر شروطه. فالاشتراك في هذا التأمين يعتبر التزامًا ينبع من القانون، الذي يحدد حالاته وشروطه وتأثيراته، ولا يمتلك أي طرف من أطراف العلاقة القدرة على التعديل في ذلك. يختلف التنظيم القانوني للتأمين الاجتماعي عن تلك التي يخضع لها التأمين الخاص. فالتأمين الخاص يتم وفقًا لقواعد العقد وتنظيمها ضمن القواعد القانونية التي ينص عليها المشرع في هذا الشأن. أما التأمين الاجتماعي، فيتولى المشرع تنظيمه بجميع جوانبه، سواء من حيث الشروط والأحكام. وتقوم الدولة بمراقبة تنظيمه وإدارة شؤونه

ثانيا – انواع التامين حسب الموضوع يمكن تقسيمها الى ثلاثة انواع

- **تامينات الاشخاص** هي اتفاقية احتياط بين المؤمن له والمؤمن، حيث يلتزم المؤمن بدفع مبلغ محدد إلى المكتب أو المستفيد المحدد في حالة تحقق الحادث أو عند انتهاء الأجل المحدد في العقد. يقوم المؤمن له بتأمين العقد، ويتعهد المكتتب بدفع الأقساط وفقًا لجدول استحقاق متفق عليه. يغطي هذا النوع من التأمين مخاطر تتعلق بحياة الفرد، سلامته الجسمية، صحته، وقدرته على العمل، مثل التأمين على الحياة، والتأمين ضد المرض، والتأمين ضد البطالة، والتأمين ضد الحوادث الشخصية
- **تامينات الممتلكات** تأمين الممتلكات يغطي الخسائر التي يتعرض لها الشخص عند تعرض ممتلكاته لمخاطر مثل حريق الممتلكات، وسرقة الممتلكات، وزلازل، والغرق. يهدف هذا التأمين إلى تعويض المؤمن له عن الضرر المالي الناتج عن هذه الأحداث غير المتوقعة والتي يمكن أن تتسبب في خسارة للممتلكات المؤمن عليها. يتم تحديد شروط وتفاصيل التغطية في عقد التأمين ويتم دفع الاشتراكات المناسبة للحصول على التغطية المطلوبة.
- **تامينات المسؤولية المدنية** هدف هذا النوع من التأمين إلى حماية المؤمن له ضد المسؤولية المدنية التي يتحملها نتيجة للأضرار التي يتسبب فيها الغير عليه. يتعاقد المؤمن له في هذه الحالة للحصول على تعويض عن الضرر الذي يتعرض له في حالة وقوع خطأ يسببه المؤمن له ويتسبب في الضرر المالي للمؤمن له. يغطي التأمين على المسؤولية الخسارة التي يتكبدها المؤمن له نتيجة لتعويضه مسؤوليته تجاه الغير، وهناك ثلاثة أشخاص في هذا السيناريو: المؤمن، المؤمن له، والمصاب الذي يمتلك حق الدعوة ضد المؤمن مباشرة للحصول على التعويض، على الرغم من أنه ليس طرفًا في العقد.

الفرع الثالث صناديق التامين الاجتماعي في الجزائر

من خلال هاذا العنصر سوف نتطرق لصناديق الضمان الاجتماعي في الجزائر ودور كل منها

1. الصندوق الوطني للتامينات الاجتماعية للعمال الاجراء

ويعد اقدم الصناديق الموجودة في نظام التأمينات الجزائري الذي يتواجد منذ نشوء النظام عام 1957 وهو مؤسسه عموميه ذات تسيير خاص طبقا للماده 49 من القانون 8801 المؤرخ في 12 يناير 1988 المتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العموميه الاقتصاديه، يتمتع بشخصيه المعنويه والاستقلاليه الماليه.

يقوم بتغطيه الاخطار الاجتماعيه لفئه العمال الذين يتقاضون اجور بصفه عامه بالاضافه الى بعض الفئات الخاصه مثل المعوقين المجاهدين الطلبه الى ويغطي هذا الصندوق مختلف اداءات التامينات الاجتماعيه لفئات الاجراء [8]ويقوم صندوق بالمهام التاليه

1) تسيير اداءات التامينات الاجتماعيه(المرض الامومه العجز والوفاه) وكذا حودث العمل والامراض المهنية
2) تسيير المنح العائلية
3) تحصيل الاشتراكات
4) الرقابه والمنازعات المتعلقه بتحصيل الشركات الموجهه لتمويل الاداءات
5) دمج رقم تسجيل وطني للمؤمن لهم اجتماعيا كذا اصحاب العمل
6) المساهمه في ترقيه السياسات الراميه الى الوقايه من حوادث العمل والامراض المهنيه
7) تسيير الاداءات المتعلقه بالاشخاص المستفيدين من الاتفاقيات الثنائيه للضمان الاجتماعي

[8] عبد القادر ارفّيس،2017/2016 ،أثر نظام الضمان الاجتماعي على الاقتصاد الوطني، دراسة حالة الصندوق الوطنً للتأمّينات الاجتماعًية لغيّر الاجراء وكالة المسّيلة، مذكرة الماستر فًي العلوم السّاسّة تخصص سّياسات عامة والتنمّية، جامعة زّيان عاشور الجلفة، ص32.

8) اجراء الرقابه الطبيه لفائده المستفيدين القيام بالنشاطات الراميه الى تمكين العمال وذوي الحقوق من الاداءات الجماعيه على شكل انجازات ذات طابع صحيح واجتماعي

9) تسيير صندوق المساعده

10) ابرام اتفاقيات مع مقدمي العلاج

ويتولى مجلس الاداره اداره الصندوق وهو خاضع لوسايه وزاره العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي ويتكون من مديريه 49 وكاله ولائيه اثنان منهما بالجزائر العاصمه بالاضافه الى المئات من مراكز الدفع موزعين عبر كامل التراب الوطني[9]

2. الصندوق الوطني للتامينات الاجتماعية للعمال غير الاجراء

(C.A.S.N.O.S) تم إنشاء الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء في سنة 1992 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 4 جانفي 1992 ، يتضمن الطبيعة القانونية للصندوق الوطني و التنظيم الإدراي و المالي للضمان الاجتماعي.

أصبح الصندوق الوطني للعمال غير الأجراء عمليا في 1995 بضمان نشاط التحصيل الذي تم تحويله في نفس السنة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية الذي كان يتكفل بها ، فيما يتعلق بالخدمات الاجتماعية تم تحويلها في 1999 من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية فيما يخص التأمينات الاجتماعية، و من الصندوق الوطني للتقاعد فيما يخص التقاعد.

يتمتع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء بالشخصية المعنوية و الاستقلالية المالية و يعترف بطابعها التجاري في علاقاتها مع الغير و تتمثل مهامها في:

[9] عبد القادر ارفيس مرجع سبق ذكره في الصفحة السابقة

1) تسيير الأداءات العينية و النقدية للتأمينات الاجتماعية لغير الأجراء

2) ضمان التحصيل ، مراقبة الاشتراك و نزاعات التحصيل.

3) تنظيم و تنسيق و ممارسة المراقبة الطبية.

4) الشروع في تسجيل المؤمنين الاجتماعين.

5) يمكن للصندوق ، كذلك إجراء نشاطات على شكل إنجازات ذات طابع صحي و اجتماعي.[10]

3. الصندوق الوطني للتقاعد

لصندوق الوطني للتقاعد هو هيئة عمومية تتمتع بالشخصية القانونية كالاستقلال المالي. تأسس هذا الصندوق وفقًا للمرسوم الرئاسي رقم 85-223 المؤرخ في 20 أكتوبر 1985، وتم استبداله بالمرسوم الرئاسي رقم 92-07 المؤرخ في 04 يناير 1992، الذي يحدد كيفية تسيير صناديق الضمان الاجتماعي ككيانات إدارية ومالية للتأمين الاجتماعي. وأصبح الهدف الأساسي لإنشائه هو تسيير نظم التقاعد التي كانت متفرقة قبل التأسيس، وذلك كإجراء موحد في نظام التقاعد.

يمنح نفس الامتيازات لجميع المؤمن عليهم بغض النظر عن ميدان نشاطهم. وقد تم تحديد مهام الصندوق في المادة التاسعة من المرسوم الرئاسي رقم 92-07 المؤرخ في 04 يناير 1992، وتشمل ما يلي:

- تسيير معاشات التقاعد، بالإضافة إلى معاشات ذوي الحقوق.
- تسيير المعاشات المقدمة كفئة الترشح الداخلي اعتبارًا من 01 يناير 1984 حسب الحقوقية.
- إجراء الاحتسابات ومراقبة النزاعات المتعلقة بالأقساط المستحقة لتكوين خدمات التقاعد.

[10] الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي لغير الاجراء مسيلة

- تطبيق التشريعات ونصوص الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالتأمين الاجتماعي.
- تكفيل المنشآت لمستفيديها كالعمال.
- تسيير صندوق المساعدة والنجدة بتطبيق المادة 52 من القانون الرقم 83-12 المؤرخ في 02 يونيو 1983 المتعلق بالتقاعد

4. **الصندوق الوطني لتامين عن البطالة**

تم إنشاء الصندوق الوطني للتامين على البطالة كمؤسسة عمومية للضمان الاجتماعي تحت إشراف وزارة العمل والضمان الاجتماعي، في عام 1994. وتعمل المؤسسة على معالجة تداعيات الآثار الاجتماعية المتتابعة التي تنتج عن تسريح العمال المؤقتين في القطاع الاقتصادي، وفقًا لخطط التعديل اليومي. يسعى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في مساره العديد من المراحل المتخصصة لمساعدة المتأثرين بالأزمة الاقتصادية الجديدة التي يتعرضون لها، من خلال تقديم دعم البطالة . ابتداءً من عام 1994، بدأ الصندوق الوطني للتامين على البطالة في تنفيذ برنامج التشغيل الاحتياطي لصالح العمال المؤقتين الذين فقدوا وظائفهم بصفة اختيارية بسبب الأسباب الاقتصادية.

اعتبارًا من عام 1998 وحتى عام 2004 من خلال الصندوق الوطني للبطالة ، تم تنفيذ إجراءات احتياطية لإعادة دمج المستفيدين من البطالة في سوق العمل، من خلال توفير مساعدة في العمل الحر تحت إشراف المستخدمين وتأهيل خاص للمستشارين المنتشرين على طول المراكز المخصصة بتجهيزات ومعدات متخصصة لهذا الغرض. ابتداءً من عام 2010، تم تبني إجراءات جديدة لصالح الفئة الاجتماعية التي تتراوح أعمارها بين 30 و 50 سنة لتسهيل التوظيف

المطلب الثاني : اشتراكات الضمان الاجتماعي

الفرع الاول الالتزامات التي تقع على المكلفين لتحديد مبلغ الاشتراك

ينص القانون رقم 14-83 على الالتزامات التي يتحملها المكلفون في مجال الضمان الاجتماعي، ويضع إجراءات مالية في حالة التأخير في الالتزام بهذه الالتزامات، مثل دفع العملاء ككلفة للضمان الاجتماعي تشمل هذه الالتزامات التصريح بالنشاط الاقتصادي (أولا)، والتصريح بالعمالة (ثانيًا)، والتصريح بالأجور (ثالثًا)، وأخيرًا دفع الاشتراكات (رابعًا). يجب على المشغلين الاقتصاديين الالتزام بتقديم هذه التصاريح ودفع الاشتراكات وفقًا للأنظمة المحددة من قبل القانون.

❖ **اولا – التصريح بالنشاط**

يتعين على المكلفين التصريح بالنشاط الذي يمارسونه لدى هيئه الضمان الاجتماعي المختصه في ظرف 10 ايام التاليه لشروع في ممارسه النشاط والهدف من هذا الاجراء هو تعريف بالمكلف وتوفير الحمايه الاجتماعيه له باظفاء المشروعيه للنشاط المصرح به وتحسب هذه المده بالاستناد لرخص النشاط وتاريخ تصريح لدى هيئه الضرائب[11].

يتم عمليه التصريح بملء استماره مسلمه من قبل مصالح هيئات ضمان الاجتماعي تتضمن في مجملها التعريف بالمسرح وكذا النشاط الذي يقوم به وذلك كالتالي

ا/ النسبة لأصحاب النشاط غير المأجور:

عندما يكون شخصًا خاصًا يمارس نشاطًا حرًا غير مأجور، يتعين عليه التصريح بنشاطه للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (الصندوق الوطني لغير الأجراء). وعند تقديم التصريح، يتم انخراط المصرح في نظام التأمين الاجتماعي ويتم منحه رقم تأمين للقيام بالإجراءات اللازمة. يشترط في التصريح أن يتضمن الوثائق التالية:

[11] أوهاب كنزة، بولُيلة كرّيمة: 2013_2014 :تحصيل االشتراكات في مجال الضمان الاجتماعي، مذكرة ماستر فّي القانون، تخصص القانون الاجتماعّ، جامعة مولود معمري تّيزي وزو، ص: 48

1. نسخة من السجل التجاري أو الحرفي.
2. شهادة مقدمة من مصالح الضرائب تثبت بداية النشاط.
3. شهادة الحالة المدنية.
4. عقد المحل التجاري.
5. نسخة من عقد الشركة للشركاء في الشركة إن وجدت.

ب/ بالنسبة لأصحاب النشاط المأجور:

سواء كان صاحب النشاط كشخص طبيعي أو معنوي يقوم بتشغيل عامل واحد أو أكثر والتي تضفي عليه صفة المستخدم، يقدم تصريحًا للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال، ويحصل على رقم القيد الذي يتم بواسطته بدء إجراءات التأمينات الاجتماعية للعمال ورب العمل في هذه الحالة ملزم بالتصريح منذ اول يوم عمل .

في حالة عدم الامتثال للالتزام بتصريح النشاط وفقًا للأنظمة المحددة قانونًا، يترتب على المكلف دفع غرامة مالية تقدر بخمسة آلاف دينار (5000 دج)، وتضاف نسبة 20٪ كغرامة تأخير، وتقوم الجهة المختصة في مجال الضمان الاجتماعي بتحصيل هذه الغرامة.

❖ **ثانيا – التصريح بالعمال**

التصريح بالعمل يشمل جميع الأشخاص، بغض النظر عن جنسيتهم، الذين يمارسون العمل بأي وظيفة، سواء كانت مؤقتة أو دائمة. يجب على المكلف تعبئة استمارة التصريح المقدمة من قبل الجهة المختصة في الضمان الاجتماعي وتقديمها للمؤسسة المعنية بالتأمين الاجتماعي. بالنسبة للمؤسسات التعليمية العالية والفنية والتدريب المهني، يتطلب لتسجيل الطلبة في الضمان الاجتماعي تقديم استمارة الانتساب المخصصة بعد عشرين يومًا من تاريخ التسجيل

❖ **ثالثا –التصريح بالاجور**

صاحب العمل يجب عليه التوجه إلى الجهة المختصة في الضمان الاجتماعي لتقديم تصريح بالاجور، ويجب أن يذكر فيه أجره الفعلي وأي أجور أخرى يتقاضاها بصفة مؤقتة . يجب أن يتضمن التصريح أيضًا المبلغ المستحق للاشتراكات والزيادات المطلوبة.

وذلك في الثلاثين يوما الموالية للسنة المدنية، يتم تحديد المبلغ المستحق للأشخاص الذين يقومون بتسجيل أجورهم مؤقتًا بناءً على المدفوعات التي قاموا بها خلال الثلاث سنوات السابقة. يتم احتساب هذا المبلغ بنسبة 5٪ زيادة قائمة على عنصر التقدير الذي يتم تحديده بناءً على الأرقام المعتمدة في السنة المدنية السابقة.

في حالة تجاوز صاحب العمل التزامه بتقديم تصريح بأجره في الأوقات المذكورة، سيتعرض لعقوبات تشمل دفع غرامة قدرها 15٪ من المستحقات المستحقة، بالإضافة إلى زيادات تحدد بنسبة 2٪ عن كل فترة تأخير في الاشتراكات. إذا تم تجاوز ذكر الأجر في التصريح بصورة متعمدة أو قد ارتكب خطأ في المبلغ المصرح به، فسيتعرض لغرامة قدرها 1000 دج عن كل عامل، بالإضافة إلى العقوبات المقررة في المادتين 15 و 16 من القانون رقم 83-14

❖ **رابعا – دفع الاشتراكات**

تعتبر الاشتراكات مصدرًا هامًا لتمويل قطاع الضمان الاجتماعي. يمكن اعتبار جانب منها كجزء من الأجر، في حين يعتبر الجانب الآخر كنوع من الضريبة أو الرسوم. إلا أن اشتراكات الضمان الاجتماعي في الحقيقة تعد تأمينًا قانونيًا يهدف إلى حماية صاحب العمل من المخاطر التي قد تواجهه خلال ممارسة عمله أو بعد انتهائه. وبالتالي، يعتبر دفع الاشتراكات التزامًا قانونيًا.

قانونيًا، يتم تحديد وتنظيم دفعة صاحب العمل من خلال اقتطاع نسبة محددة من أجر الموظف عند دفعه. يتم احتساب هذا القسط بناءً على طبيعة العمل ويتم خصمه تلقائيًا. وفي حالة وجود اعتراض على ذلك، يمكن للشخص دفع اشتراكات الضمان الاجتماعي دفعة واحدة للجهة المختصة محليًا.

يتم استخدام أموال الاشتراكات لتمويل البرامج الاجتماعية وتقديم الخدمات للمستفيدين من الضمان الاجتماعي. تعتبر هذه الاشتراكات جزءًا من التزامات قانونية يجب على صاحب العمل الالتزام بها ودفعها بانتظام.

الفرع الثاني طرق تحصيل الاشتراكات

- **اولا – الطرق الودية للتحصيل**

ا/الانذار او الاعتذار

عند عدم دفع صاحب العمل للاشتراكات المستحقة للضمان الاجتماعي، يمكن للجهة الدائنة (الضمان الاجتماعي) اتخاذ إجراءات قانونية لتحصيل المبالغ المتوجبة. يتم ذلك وفقًا لنظام الضمان الاجتماعي وقوانين البلد المعني.

أحد الإجراءات الممكنة هو إرسال مذكرة إلى الجهات المختصة قانونًا، وذلك بواسطة الضمان الاجتماعي، لإعلامهم بمبلغ الصندوق المستحق للدفع وتسليمهم بيانات المدين. يتم ذلك وفقًا لقوانين الضمان الاجتماعي في البلد المعني.

وبموجب المادة 15/83 التي صدرت في 1983/07/02، يمكن للجهة المختصة في المنازعات بمجال الضمان الاجتماعي اتخاذ إجراءات قانونية ضد صاحب الدين. يتم تحديد فترة زمنية لمدة 20 يومًا من تاريخ الإنذار لتسوية وضعيته تجاه الصندوق. وفي حالة عدم التزامه بالإنذار، يمكن تطبيق

جزاءات قانونية ويجب ان يتضمن الانذار وجوب تسديد قبل ان يتجاوز اجلها 4 سنوات من تاريخ الاستحقاق

ب/ الانذار قبل المتابعة القضائية

نعم، يُعتبر الإجراء الإداري، كما هو موجود في قوانين الضمان الاجتماعي، خطوة نهائية غير ملزمة قبل اللجوء إلى المتابعة القضائية. ويتمثل هذا الإجراء في إرسال آخر إنذار قبل بدء الإجراءات القضائية، بهدف منح الفرصة الأخيرة للمدين (صاحب العمل) لتسوية وضعيته.

هذا الإجراء يعتبر استثناءً لتجنب اللجوء المباشر إلى الإجراءات القضائية. ويتيح لصاحب الدين فرصة لتسوية الدين قبل أن يتم اتخاذ إجراءات قانونية رسمية. يتم إرسال آخر إنذار بهدف تفادي المشاركة في إجراءات قضائية.

ومع ذلك، يجب الانتباه إلى أن هذا الإجراء الإداري قد يكون مشروطًا بتحقيق تغيير في الموقف واستجابة صاحب العمل في فترة زمنية محددة. وفي حالة عدم تحقيق التغيير المطلوب أو عدم استجابة صاحب العمل، فإنه يمكن أن يتم اللجوء إلى الإجراءات القضائية المناسب

❖ **ثانيا –الطرق الجبرية للتحصيل**

ا/ تحصيل الاشتراكات عن طريق مصالح الضرائب

تنص المادة 59 من القانون رقم 15/83 المؤرخ في 1983/07/02، والمتعلقة بالمنازعات في مجال الضمان الاجتماعي، على أنه عند اعتماد إجراءات التحصيل بواسطة مصالح الضرائب، يقوم مدير الضمان الاجتماعي بتحصيل المبالغ المستحقة وتسليمها مباشرة إلى الإدارة الضريبية.

وعند ذلك، يصبح التحصيل فعالاً ونافذاً بشكل قانوني، ويتم تحصيل المبالغ من قبل الضرائب وفقًا للإجراءات المعمول بها. يجب أن نذكر أنه عند إعداد قائمة المستحقات من قبل مصالح الضمان الاجتماعي، فإنها تتعلق بالاشتراكات المحددة وفقًا لطرق المراقبة. بالإضافة إلى الغرامات والزيادات عن التاخير في الدفع، يتم تجنب اللجوء إلى الإجراءات القانونية من خلال دفع المبالغ المستحقة في الوقت المحدد وفقًا للفترات المحددة بالقائمة[12]

ب/ التحصيل عن طريق الملاحقة

تكون وفق المخطط التالي

الشكل 01 مخطط التحصيل عن طريق الملاحقة

[12] حمو يعيش عبد القادر,عقيدي عبد المنعم ,اثر **اشتراكات التامين الاجتماعي على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي بالجزائر** مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تحصص مالية المؤسسة جامعة احمد دارية ادرار ص23

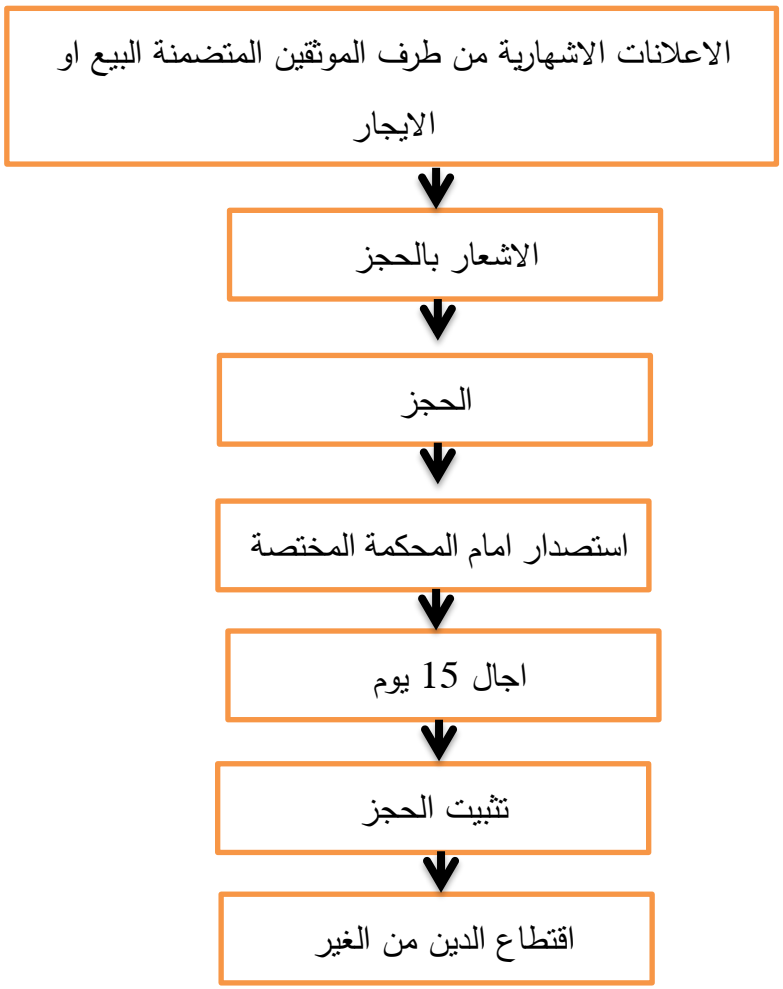
تسوية الوضع امام الصندوق

احالة الامر الى لجنة الطعن

المصدر وثائق الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعمال الاجراء قالمة

ج/ حجز ما لمدين لدى الغير : وتكون وفق المخطط التالي

الشكل 02 مخطط ما للمدين لدى الغير

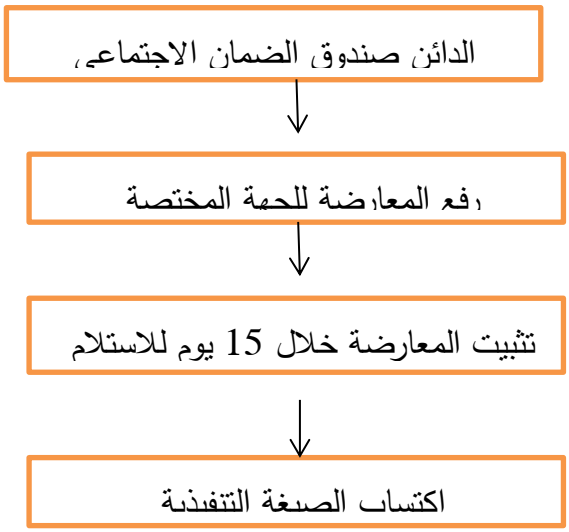


المصدر وثائق الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعمال الاجراء قالمة

د/ المعارضة لدى المؤسسات المالية المصرفة

وتكون وفق المخطط التالي

الشكل 03 مخطط مراحل المعارضة المالية المصرفة



المصدر وثائق الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعمال الاجراء قالمة

المبحث الثاني التمويل الصحي

المطلب الاول : تمويل نفقات الانظمة الصحية

من خلال هذه المساحه سنحاول التعرف على عمليه تمويل النفقات الانظمه الصحيه من خلال ابراز اهم النماذج الاساسيه العالميه في تمويل نفقات الصحه وكذا الاليات الرئيسيه المعتمده في تمويل نفقات الانظمه الصحيه ولكن قبل كل هذا وجب علينا اولا تعريف بالنفقات صحيه وانواعها

الفرع الاول مفهوم وانواع النفقات الصحية

اولا – مفهوم نفقات الصحة

النفقه الصحيه هي المبالغ الماليه المنفقه من طرف السلطات العموميه او الجماعات المحليه نفقه صحيه عامه من اجل تقديم خدمات علاجيه او وقائيه او انتاجيه لافراد المجتمع بهدف رفع المستوى

الصحي للافراد وعلاجهم ووقايتهم من الامراض ويشكل الانفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدوله على صحه مواطنيها مؤشرا على درجه الرفاهه ويشير الى مستوى الرعايه الطبيه المقدمه لهم وهو يشمل ما تصرفه الحكومات والافراد[13]

ثانيا – انواع النفقات الصحية

ا/ **نفقات المباشره والغير مباشرة :** المباشره هي كافه النفقات ذات الصله المباشره بالمنتج او الخدمه وتشمل التكاليف المباشره للمواد والعمال وبالنسبه للقطاع الصحي فالنفقات المباشره هي تلك النفقات التي تصرف مباشره على نشاطات المنشاه الصحيه كالاجور والرواتب والمواد والمصاريف الاخرى اما النفقات الغير مباشره هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشره بالمنتج نفسه وهي النفقات التي يشار اليها على انها مصاريف غير مباشره او مصاريف تشغيل وقد تشمل بنودا كالايجار والكهرباء والهاتف اما بالنسبه للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم اخر تحمل لمصاريف القسم المعني نتيجه لاشراكه في تاديه الخدمات الصحيه[14]

ب/ النفقات الثابتة والغير ثابتة هي مصطلحات تستخدم في إدارة التكاليف والمالية. النفقات الثابتة تمثل النفقات التي لا تتغير مطلقًا مع تغير مستوى النشاط في المشروع أو العملية. وهي تشمل تكاليف البنية التحتية والاستثمارات الرأسمالية في المباني والآلات والمعدات. تشمل أيضًا تكاليف المرتبات الدائمة للعاملين وأصحاب العقود طويلة الأجل مثل الأطباء الاستشاريين.

أما النفقات الغير ثابتة أو المتغيرة، فهي التي تتغير باستمرار مع تغير مستوى النشاط في المشروع. تشمل هذه النفقات تكاليف توفير طعام المرضى والمفروشات والمواد المستهلكة في غرفة العمليات مثل

[13] خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

[14] سهام حرفوش علي بايزيد، اسباب تطور النفقات الصحيه في الجزائر خلال الفتره (2000-2012)،مداخله في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر الواقع والافاق جامعه المسيله 24/ 25 نوفمبر 2015 صفحه 08

القفازات الطبية والمطهرات والمواد الطبية الأخرى. تشمل أيضًا مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الأجل أو المؤقتة.

تميز النفقات الثابتة بأنها لا تتأثر بتغير مستوى النشاط، بينما تتغير النفقات الغير ثابتة بشكل مباشر وتتناسب مع التغيرات في النشاط وحجم العمل. إدارة هذه النفقات بشكل فعال يساعد على تحقيق التوازن المالي وتحديد التكاليف بدقة

ج/ نفقه الكليه : وهي مجموعه النفقات المباشره والغير مباشره

المطلب الثاني : اليات تمويل نفقات الانظمة الصحية

الفرع الاول مصادر التمويل

اولا –التمويل

يشمل تمويل النظام الصحي جميع الايرادات وتجميع المخاطر الماليه وتخصيص الايرادات (الشراء الاستراتيجي للخدمات) ويستلزم تحصيل الايرادات جمع الاموال لدفع تكاليف الرعاية الصحية وتتمثل اليات التحصيل في الضرائب العامه المساعدات الانمائيه للصحه الاسهامات الالزاميه في كشوف المرتبات اقساط التامين النفقات الماليه المباشره للاسر ولكل نظام صحي طريقه محدده لتحصيل الايرادات وتجميع الاموال [15]حيث تختلف المصادر التمويليه لنفقات الانظمه الصحيه من بلد لاخر وذلك تبعا نموذج التمويلي المتبع في كل بلد الا انه في العموم يمكن تقسيم مصادر اساسيه التي تمول نفقات الانظمه الصحيه الى اربع مصادر اساسيه وهي

[15] خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

1/**التمويل الحكومي العمومي:** يتم تحصيل الاموال الحكوميه الموجهه للانفاق على النظام صحي عموما من الضرائب بما في ذلك الضرائب المباشره المفروضه على الدخل الشخصي والشركات وايضا ضرائب الغير مباشره مثل ضريبه القيمه المضافه والرسوم الجمركيه وقد يتم تحصيل الاموال الحكوميه ايضا على تمويل العجز حيث يتم تامين القروض المحليه او الدوليه لتمويل الانشطه الحكوميه في مجال الصحه علاوه على تلك الممولة من ايرادات الضرائب العامه لوحدها وتغطي هذه الاموال نفقات جميع المؤسسات الصحيه الموجوده على مستوى النظام الصحي وليست لها اهداف ربحيه ويعتبر هذا المصدر التمويلي هام جدا لذا نجد ان مختلف الحكومات تلتزم بالمساهمه في تمويل انظمتها الصحيه الا ان نسبه التمويل تختلف من دوله لاخرى[16]

2/التمويل الخاص مصادر التمويل الخاص تاخذ شكلين

ا/مصادر التمويل الخاصه التي مصدرها الاجور: التي يدفعها المستفيدون بعد هذا الاسلوب من التمويل من اكثر الطرق المعروفه خصوصا في الدول المتطوره اذ يقوم المريض بالدفع مباشره نتيجه تحصله على الخدمه الصحيه اذ انه تفرض تكاليف معينه نتيجه عن نتيجه على مختلف عناصر الخدمه الصحيه المقدمه كالادواء وزيارات الاوليه للطبيب للتشخيص المرض وتكاليف المبيت في المستشفى

ب/مصادر التمويل التي مصدرها مؤسسات عامه او خاصه يقصد بها المؤسسات سواء كانت عموميه او خاصه والتي تسعى الى اقامه مراكز صحيه لخدمه عمال هذه المؤسسات وهذا سعيا منها للتحكم في الانفاق الصحي بالدرجه الاولى[17]

[16] Diane Mclntyre ,**Learnning frome expérience ;Health care Financing in low and middle- income countries** ,Published by clobal forum for health research ,Geneva, june 2008,p03

[17] خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

3/التمويل من خلال التامينات يتحدد التامين الصحي الموجود في مختلف المنظومات الصحيه في العالم في نوعين اساسيين

التمويل عن طريق التامين الصحي الاجتماعي مثل التامين المعمول به في المانيا او الضمان الاجتماعي في الجزائر وهذا النوع من التامينات غير هادف للربح

التمويل عن طريق التامين الصحي الخاص وهي انظمه تامين تهدف للربح مثل شركات التامين الخاصه المعمول بها في الولايات المتحده الامريكيه وبالنسبه للاشخاص المؤمن عليهم فمنهم من يؤمن بشكل اجباري بمجرد تحصله على عمل في مؤسسه عامه ومنهم من يكون تامينه بشكل اختياري كحاله الولايات المتحده الامريكيه[18]

4/تمويل الخارجي

هي عباره عن مساعدات خارجيه مثل ما تقدمه منظمه الصحه العالميه والبنك الدولي من هيئات القروض للقطاعات الصحيه ونجد هذا النوع من التمويل يطبق في الدول الشرقيه والوسطى من خلال منظمات جماعيه كالبنك الاوروبي للتنميه واعاده التعمير والمنظمه الاقتصاديه الاوروبيه يمكن القول ان السياسه تمويل الصحي وخططها واستراتيجيتها وحتى المصطلحات المستخدمه فيها تختلف من بلد لاخر ويوجد ايضا تباين كبير من حيث درجه التمويل الوارده في كل سياسة[19]

المطلب الثالث : الانفاق على الصحة في الجزائر

تهدف هذه الدراسة إلى تبيان جانب مهم يخص الاقتصاد الصحي في الجزائر، وهو توضيح العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها من خلال دراسة تحليلية ، واستعنا بثلاث متغيرات مستقلة تمثل

[18] خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

[19] نفس المرجع

مصادر التمويل وهي نفقات الصحة المدفوعة من الحكومة، ونفقات الصحة المعوضة من طرف صناديق الضمان الاجتماعي، ونفقات الصحة الصادرة من العائلات، إضافة إلى المتغير التابع الممثل في النفقات الصحية الوطنية، كما سعت الدراسة إلى توضيح أهم الاختلالات التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ومكانة هذا التمويل من مشروع الإصلاح، إذ أن مسألة توفير الموارد المالية للصحة واحتواء التزايد المستمر للإنفاق الصحي أصبح من أهم التحديات التي ت واجه السلطات العمومية في الجزائر . وقد تبين أن حصة الدولة في تمويل نفقات النظام الصحي تشكل نسب كبيرة جدا تليها صناديق الضمان الاجتماعي والتي بدورها أصبحت تعاني من صعوبات مالية نتيجة التغير في الهرم السكاني والتحويلات نحو الخارج من اجل العلاج، وأيضا ارتفاع فاتورة استيراد الأدوي ة، لذا فان تفعيل تطبيق نظام التعاقد وفق إستراتيجية شراء الخدمات الصحية، والبحث عن مصادر تمويل جديدة أصبح ضرورة حتمية[20]

المطلب الاول ترشيد النفقات الصحية في الجزائر

الفرع الاول تعريف النفقة العامة

النفقات العامة هي استخدام مبلغ من المال من قبل هيئة عامة تحقيقا لمنفعة عامة

النفقات العامة هي المبالغ المالية التي تقوم بصرفها السلطة العمومية أو هي مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص عام بقصد تحقيق منفعة عامة وأيضا هي استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة بهدف إشباع حاجة عامة

[20] https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.thesesalgerie.com/2268177179973727/these-de-doctorat/universite-abou-bekr-belkaid tlemcen consulter le 15/06/2023

النفقات العامة هي مبلغ يخرج من خزانة الدولة بواسطة إداراتها ومؤسساتها وهيئاتها ووزاراتها المختلفة لإشباع حاجة عامة

من خلال هذه التعاريف نستنتج أن الانفاق العام يعرف على أنه مجموع المبالغ المالية التي يقوم بإنفاقها شخص عام قصد الحصول على الموارد الضرورية والتي تهدف إلى إشباع الحاجات العامة أو تحقيق المنفعة العامة وذلك وفقا للقانون الذي يرسمه المنظم لهذه الهيئات، ويتضح من التعريف أن للنفقة العامة ثالثة أركان هي:

- مبلغ نقدي.
- صدور النفقة من الدولة أو من أحد تنظيماتها.
- تهدف النفقة الحكومية إلى إشباع حاجة عامة.

الفرع الثاني اسباب تزايد الانفاق الصحي في الجزائر

المطلب الاول النفقة الصحية

اولا /تعريف النفقة الصحية

النفقة الصحة هي عبارة عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار والتسيير، والتي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية، حيث نجد أن الجزء الكبير من هذه النفقات تتحملها الدولة والضمان الاجتماعي، والجزء الآخر تتحمله الجماعات المحلية والمؤسسات

–النفقة الصحة هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية (نفقة صحية عامة) من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية أو انتاجية لأفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي

أما LEVY يرى أن " النفقة الحقيقية للصحة مرتبطة بسلوك المرضى، مقدمي الخدمات العلاجية، وموارد اذ يرىأن التمويل العمومي يؤدي حتما الى الارتفاع نفقات الصحة، مادام سعر تمويل النظام الصحي" الاستهلاك المطلوب من طرف المستعمل سينخفض دون أن تنخفض أتعاب الطبيب وذلك عن طريق الزيادة في العرض، وهم مجبرون على تلبية الطلب.[21]

ثانيا /النفقات الصحية بالنسبة للفرد

الجدول 1 يوضح نصيب الفرد من نفقات الصحة بالدولار الامريكي في الجزائر

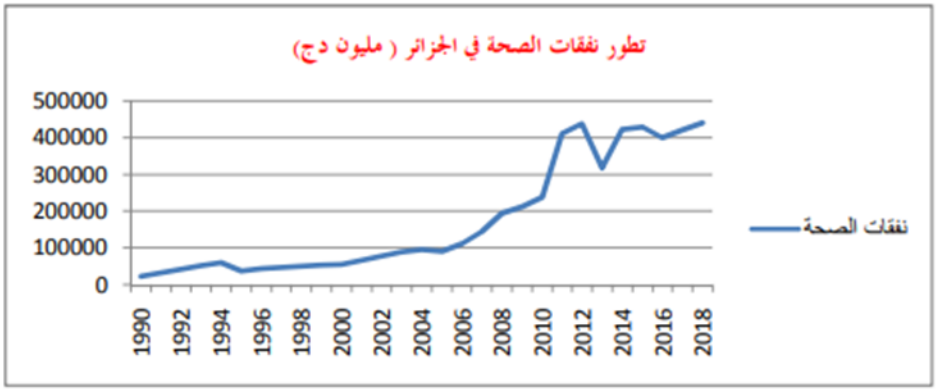
السنة	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
نصيب الفرد من نفقات الصحة	201.13	195.21	209.83	270.77	318.98	313.52	368.09	404.02

المصدر https://données.banquemondiale.org/fr/country/algérie 15 mai 2023

نلاحظ ان نصيب الفرد من الانفاق الصحي في تزايد مستمر خلال الفترة 2008_2015 وذلك يرجع الى ان الجزائر تولي النفقات الصحية اهتماما كبيرا حيث بلغة نسبة الانفاق الصحي في الجزائر سنة 2015 46 بالمئة من نسبة الانفاق العام والتي تعتبر نسبة كبيرة وجب ترشيدها

الشكل 04 تطور نفقات الصحة في الجزائر

[21] سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 2010ص155



المصدر خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

المطلب الثاني اسباب زيادة الانفاق الصحي في الجزائر واليات ترشيده

الفرع الاول اسباب زيادة الانفاق الصحي في الجزائر

اولا/ تطور الانفاق الصحي في الجزائر: تمت الإشارة إلى أن الانفاق الصحي في الجزائر يشهد تطورًا وزيادة متسارعة، ويمكن تفسير هذه الزيادة المتسارعة في النفقات الصحية بعدة أسباب، وأهمها:

ا/ التغير في خريطة المرض:

تشهد الجزائر منذ فترة التسعينيات تحولًا في خريطة الصحة، حيث يتميز بوجود المشاكل المترتبة عن الأمراض المعدية وزيادة حالات الأمراض غير المعدية مثل السرطان وأمراض القلب والسكري والأمراض التنفسية الحادة. ومن بين أهم الأسباب التي تفسر هذا التحول في الخريطة الصحية هي التحسن المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة، وتغير نمط الحياة وزيادة نسبة السكان في المناطق الحضرية، وتغير العادات الغذائية وقلة النشاط البدني. وأشار تقرير منظمة الصحة العالمية في عام 2015 إلى أن نسبة 13% من الأطفال دون سن الخامسة ونسبة 10% من البالغين و3.24% من

النساء يعانون من زيادة الوزن. وفي الفترة من 2012 إلى 2013، ووفقًا للمسح العنقودي المتعدد للمؤشرات الذي أجرته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، أظهرت النتائج أن حالات الأمراض المزمنة مرتفعة في السكان الحضريين بنسبة 15% مقابل 12% في السكان الريفيين. وكما أبرز المسح، فإن حالات الأمراض المزمنة تزداد مع التقدم في العمر، حيث يقارب 61% من الأشخاص البالغين الذين يبلغون من العمر 70 عامًا وما فوق يعانون منها. وبالنسبة للمستوى التعليمي، فقد أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض يكون لديهم مستوى تعليمي منخفض، حيث تشكل هاتين الفئتين ثلثي المصابين بالأمراض المزمنة

ب/ تطور المنشات الصحية القاعدية وعدد الممارسين في المجال الصحي

حيث ازداد عدد المؤسسات العمومية الاستشفائية من 160 مؤسسة في عام 2013 إلى 206 مؤسسة في عام 2018. كما ازداد عدد المؤسسات العمومية للصحة الجوارية من 431 مؤسسة في عام 2013 إلى 734 مؤسسة في عام 2018.

زيادة عدد الممارسين في المجال الصحي أيضًا ساهمت في زيادة النفقات الصحية. فقد شهدت الجزائر زيادة في عدد الأطباء والممرضين والكوادر الصحية الأخرى خلال السنوات الأخيرة. وفقًا للإحصائيات، ارتفع عدد الأطباء من 3.9 طبيب لكل 10,000 نسمة في عام 2010 إلى 4.5 طبيب لكل 10,000 نسمة في عام 2018. كما ازداد عدد الممرضين من 9.3 ممرض لكل 10,000 نسمة في عام 2010 إلى 11.5 ممرض لكل 10,000 نسمة في عام 2018. يعتبر التحسين في التسهيلات والمعدات الطبية وتطوير البنية التحتية الصحية أيضًا من العوامل المساهمة في زيادة التكاليف الصحية. فقد شهدت الجزائر تحسينًا في تجهيز المستشفيات وتوفير المعدات الطبية

الحديثة وتطوير البنية التحتية الصحية لتلبية الاحتياجات المتزايدة للخدمات الصحية. إن هذه العوامل مجتمعة أسهمت في زيادة الانفاق الصحي في الجزائر وتطور قطاع الصحة خلال السنوات الأخيرة.

الجدول 02 تطور المنشات الصحية القاعدية وعدد الممارسين في المجال الصحي

التعيين	2013		2014		2015		2016	
	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة	العدد	الأسرة
مؤسسة استشفائية عامة	194	37769	196	38015	200	38305	200	38407
مؤسسة استشفائية	05	876	05	926	09	960	09	1324
مراكز استشفائية جامعية	14	12500	14	12862	15	13050	15	12910
مؤسسة استشفائية جامعية	01	764	01	806	01	810	01	818
مؤسسة استشفائية متخصصة	68	11298	71	11499	75	11637	75	11725
المؤسسةالعمومية للصحة الجوارية	271	-	271	-	271	-	273	-
-عيادات متخصصة	1615	3539	1637	3735	1659	3889	1684	4075
-قاعات علاج	5634	-	5726	-	5762	-	5875	-
-مصالح التوليد العمومية	412	3167	416	3209	415	3175	416	3142
مركز طبي اجتماعي	619	-	622	-	627	-	630	-

المصدر ONS ;L'Algerie en quelqes chiffres ;2016 p26

ج/ النمو الديموغرافي

يعد النمو الديمغرافي أحد العوامل الرئيسية التي تسهم في زيادة الإنفاق العام على الصحة في الجزائر. يتزايد عدد السكان بشكل مستمر، حيث بلغ عدد السكان المقيمين في الجزائر في عام 2017 حوالي 41,721,000 نسمة، مما يعادل معدل نمو طبيعي يبلغ 2.9٪. يشهد عدد سكان فئة الأطفال دون

سن 15 عامًا وفئة كبار السن (60 عامًا وأكثر) زيادة ملحوظة، ومن المعروف أن هاتين الفئتين هما الأكثر استهلاكًا للخدمات العلاجية. وبالتالي، فإن زيادة حالات الأمراض المرتبطة بكل من الشيخوخة والأطفال ستؤدي بالضرورة إلى زيادة النفقات الصحية لتلبية احتياجاتهم العلاجية

د/مجانية العلاج

إحدى العوامل التي تساهم في زيادة الإنفاق الصحي هي مجانية العلاج. عندما يتم توفير الخدمات الصحية مجانًا، يزداد العرض للعلاج، حيث يقوم المزيد من الأشخاص باللجوء إلى الخدمات الصحية والعلاج. يتسبب زيادة العرض في ازدياد الاستخدام والإقبال على الخدمات الصحية، مما يؤدي في النهاية إلى زيادة التكاليف الصحية.

على الرغم من أهمية توفير الخدمات الصحية المجانية للمجتمع، إلا أنه يجب النظر في تأثيرها على النفقات الصحية والاستدامة المالية للنظام الصحي. يجب مراعاة توازن بين توفير الخدمات الصحية المجانية وتحقيق الاستدامة المالية للقطاع الصحي، حيث يجب مراعاة تخصيص الموارد المالية بشكل فعال وتحقيق التوازن بين الجودة والتكلفة

الفرع الثاني اليات ترشيد النفقات الصحية

تواجه الجزائر تحدي زيادة النفقات الصحية بوتيرة متسارعة وتفوق معدلاتها ميزانية الصحة. يعود ذلك إلى تغير خريطة الأمراض، والنمو الديمغرافي، وتطور المنشآت الصحية، وارتفاع عدد الممارسين في المجال الصحي، بالإضافة إلى توسع مجالات التغطية الصحية. وتعتبر هذه العوامل هي الأساسية التي يواجهها صانعو القرار في القطاع الصحي. بناءً على ذلك، يجب إيجاد حلول لترشيد النفقات الصحية والتحكم فيها، وترشيد النفقات لا يعني تقليص التخصيصات المالية للصحة، وإنما يعني

استخدامها بشكل أفضل وتحقيق أقصى استفادة منها. وفي هذا السياق، يمكن اتباع عدة آليات تساهم في ترشيد النفقات الصحية والتحكم فيها:

استخدام حوكمة النظام الصحي كأداة أساسية لإصلاح أنظمة الصحة، حيث يجب أن تكون أكثر عدالة وقابلة للمساءلة وأكثر كفاءة. يتعين تحسين هياكل الحوكمة وتوزيع الصلاحيات بشكل مناسب لتحقيق توازن أفضل في توفير الخدمات الصحية.

استخدام نظام المعلومات الصحية لتعزيز النظام الصحي وتحسين جودة الخدمات الصحية. يمكن استخدام التكنولوجيا لتسهيل تبادل المعلومات الصحية وتحسين التشخيص والمتابعة الطبية.

اعتماد طريقة التسيير عبر الأهداف كأداة أساسية لترشيد النفقات الصحية. يتضمن ذلك تحديد الأهداف الصحية وربطها بتخصيص الموارد المالية والإدارية بطريقة فعالة.

اعتماد الحسابات الوطنية للصحة لتعزيز تخطيط الصحة واتخاذ القرارات الاقتصادية الصحيحة. يجب تطوير نظام حسابات وطنية دقيقة تساعد على تحليل وتقييم النفقات الصحية وتوجيهها بشكل فعال.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن تفعيل نظام التعاقد واستخدامه كأداة استراتيجية لشراء الخدمات الصحية بطريقة فعالة وعادلة. يمكن أيضًا تشجيع الانتاج المحلي للأدوية وتوفير الدعم والتشجيع للمستثمرين المحليين في صناعة الأدوية، البحث عن مصادر تمويل اخرى

خلاصة الفصل الاول

توصلنا من خلال الدراسة ان الحماية الاجتماعية تلعب دورًا مهمًا في حماية الأفراد من المخاطر التي يمكن أن تصيبهم في المجتمع. ويعتبر الضمان الاجتماعي أحد أشكال هذه الحماية، حيث يتولى تغطية مجموعة من التأمينات الاجتماعية بما في ذلك التأمين الصحي. يعد هذا النظام وسيلة لتوصيل

خدمات الرعاية الصحية إلى جميع المواطنين، استنادًا إلى حقوق المواطنة كما نلاحظ أن الإنفاق العام في قطاع الصحة يزداد بوتيرة سريعة جدًا، وأصبحت الحاجة إلى استخدام الموارد بطريقة فعالة ومن دون هدر أو تجاوز أكثر من أي وقت مضى. يجب العمل على إيجاد حلول وآليات تساهم في تحسين إنفاق وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

وتوصلت الدراسة إلى أن التغيرات في خريطة المرض والنمو الديمغرافي وتوسع التغطية الاجتماعية هي من أهم العوامل المفسرة للزيادة المتسارعة في نفقات الصحة. لذلك، يجب على الدولة تطوير الهياكل التي تقدم من خلالها الحماية الاجتماعية مثل صناديق الضمان الاجتماعي، وكذلك تحديث القطاع الصحي بما في ذلك المستشفيات واستخدام الأساليب الحديثة في تقديم الخدمات العلاجية للأفراد. يهدف ذلك إلى تحقيق رضا المواطنين وحمايتهم من آفات الأمراض المتزايدة يومًا بعد يوم، وكذلك تحسين آليات التأمين الصحي بما يتماشى مع التطورات التكنولوجية الحاصلة في بلدان العالم والتي نضمن من خلالها تحسين الخدمات المقدمة للأفراد وكذلك تحقيق أهداف أخرى تخدم الدولة مثل تحقيق التوازن المالي وترشيد النفقات

الفصل الثاني النظام التعاقدي كبديل لتمويل قطاع الصحة

تمهيد

يعتبر تمويل نفقات الانظمه الصحيه رهان حقيقي بالنسبه للدول خاصه في ظل التحولات الاقتصاديه والاجتماعيه التي تعرفها العديد من البلدان وخاصه الناميه منها وهذا ما يستدعي ضروره تكييف الانظمه الصحيه من ناحيتي الاطار التنظيمي والتمويلي ويعد استخدام التعاقد في النظام الصحيه للبلدان الناميه حديثا نسبيا ولكنه اصبح اكثر شيوعا في السنوات الاخيره وبشكل تدريجي فالاصلاحات الصحيه التي عرفتها العديد من البلدان ومن بينها الجزائر دعت الى تطبيق نظام التعاقد في تسيير وتمويل المؤسسات الصحيه حيث ان المؤسسات الصحيه الجزائريه اصبحت تواجه مشاكل كبيره من ناحيه التمويل والتسيير المالي ويرجع ذلك لعدم قدرتها على تغطيه جميع النفقات الصحيه اللازمه وهذا ما ادى الى ضروره اعتماد النمط التعاقدي كنمط جديد لتمويل النظام الصحي والذي بدوره يحقق مجموعه من الاهداف التي من شانها رفع الكفاءه للقطاع الصحي وهذا ما تجسد من خلال قانون الماليه لسنه 1992 بتبني النظام التعاقدي كبديل لتمويل المؤسسات الصحيه وفيما يلي سنتطرق الى اساسيات النظام التعاقدي من خلال مفهومه انواعه والاهداف المحققه منه كذلك الدور الذي تلعبه الدوله والجماعات المحليه في هذا النظام التعاقدي

المطلب الاول : اساسيات حول النظام التعاقدي في القطاع الصحي

الفرع الاول مفهوم التعاقد

ا/ تعريف العقد الاداري: يعرف العقد الاداري على انه العقد او الانفاق الذي يبرمه شخص معنوي عام قصده تسيير مرفق عام وفقا لاساليب القانون العام يتضمن شروط استثنائيه غير مالوفه في القانون

الخاص وفي القانون المدني الجزائري فان الماده 54 منه عرفت العقد على انه اتفاق يلتزم بموجبه شخص او عده اشخاص اخرين بمنح او فعل او عدم فعل شيء ما[22]

كما تعرف المنظمه العالميه للصحه نمط التعاقدي على انه عقد بين كيانين اقتصاديين او اكثر يجبرون من خلاله على ترك او حياز او القيام او لا ببعض الاشياء فهو اتفاق بين شركاء مستقليين اذا على هذا الاساس فان النظام التعاقدي هو اتفاق يربط كل من وزاره الصحه والهياكل تحت الوصايه بهيئات الضمان الاجتماعي حيث يلتزم الاول بتقديم الخدمات الصحيه للمؤمنين ويلتزم الطرف الاخر بتمويل الخدمات الصحيه وبهذا نجد النظام التعاقدي في الانظمه الصحيه يختلف تماما عن التعاقد العادي من خلال ثلاث جوانب اساسيه وهي

- النظام التعاقدي في قطاع الصحه هو البحث عن تنميه شراكه حقيقيه ودائمه بين القطاع الصحي والضمان الاجتماعي
- النظام التعاقدي هو خدمه لاعاده تحديد دور الدوله في القطاع الصحي من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام صحي عادل دون تدخل بطريقه مباشره
- النظام التعاقدي هو اداه استراتيجيه في تنميه النظام الصحي وبالتالي السياسه الصحيه الوطنيه لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الاطراف والجهات الفاعله[23]

أما التعاقد بمفهوم النهج التعاقدي فيعني:"إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مموليها بأداء خدمة ، أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها."

[22] علواني عديله اهميه النمط التعقدي في تفعيل انظمه التامين الصحي مجله العلوم الانسانيه العدد 43 2016 صفحه 488
[23] خلاصي يا عبد الاله العلاقه بين نفقات صحيه ومصادر التمويل في الجزائر دراسه تحليليه قياسيه للفتره 1990 2018 اطروحه مقدمه لنيل شهاده الدكتوراه الدور الثالث العلوم الاقتصاديه جامعه ابو بكر بلقايد تلمسان 2019 _2020 ص145

ب/اطراف العملية التعاقدية

_الدولة: تكون الدولة طرفا في العملية التعاقدية حينما يتعلق الأمر بمرضى محدودي الدخل وغير المؤمنين إجتماعيا، وأيضا فيما يخص نشاطات التكوين، الوقاية والبحث العلمي. حيث تقوم الدولة بتحديد محدودي الدخل (المعوزين) عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي على مستوى كل ولاية، التي تقوم بتسليمهم بطاقة المعوز والتي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الاجباريالتي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية.

_صاحب الخدمة: هو الطرف المؤدي أو المنتج للخدمة الصحية والمتمثل في الأطباء والصيادلة والمركز الإستشفائية العامة والمتخصصة.

–الممول: و هو الطرف الثاني في العملية التعاقدية ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي.

–المستهلك: وهم المرضى المعالجون بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة أو زبائن قطاع الصحة بالمفهوم الاقتصادي حيث يلتزمون بدفع ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون اليها (100%_80%)

نصل أخيرا إلى أن التعاقد في إطار صناديق الضمان الاجتماعي ومؤسسات الرعاية الصحية العامة في مجال تمويل محتويات إدارة العلاج المقدم للمؤمن عليهم و عائلاتهم[24]

الفرع الثاني انواع النظام التعاقدي

توجد نوعان من أنظمة التعاقد: التعاقد الداخلي والتعاقد الخارجي.

[24] باركة محمد الزين ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر تطورها اسبابها ومتطلبات ترشيدها مجلة الجزائرية للمالية العامة العدد7/2017 ص18

1/ **التعاقد الداخلي،** يتم منح المدير صلاحية تفويض لرؤساء المصالح، أو يتم تحديد اتفاقية تفويض بين رئيس المصلحة والمدير. يحدد العقد أهدافًا ووسائل للمتابعة، وكيفية جمعها واستخدامها، والاهتمام بنتائج تسيير المهام، ودراسة الآثار الناتجة عن عدم الالتزام وتنفيذ العقد. يجب أن يُولَى اهتمامًا كبيرًا للإرادة المشتركة في تطوير وسائل تحليل الأنشطة، مثل المحاسبة التحليلية وعناصر التكليف. عند تطبيق هذا النوع من التعاقد، يمكن تغيير وتوزيع السلطات والمسؤوليات على مستوى المصالح، ويمكن أيضًا إبرام عقود مباشرة بين المصالح وصندوق الضمان الاجتماعي بناءً على استقلالية المؤسسات العامة.

أما 2/التعاقد الخارجي :فهو أسلوب إدارة المؤسسة بناءً على نظام المقابل المالي المُقَدَّم مُسَبَّقًا. يلغي هذا النظام التقليدي السابق الذي يعتمد على المساهمة السنوية المحددة في المؤسسات الصحية. وبالتالي، تتم تغطية الخدمات العلاجية بناءً على الأنشطة، حيث يتلقى المستشفى تمويلًا أكبر كلما قدم خدمات علاجية أكبر للمرضى. ويؤدي ذلك إلى خلق منافسة بين المؤسسات الصحية، مما يسهم في تحسين جودة الخدمات وتخفيض تكاليفها. وبالتالي، يصبح النظام الصحي مرتبطًا بمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقديه ما بين المؤسسات الصحيه(منتج للعلاج) وصناديق الضمان الاجتماعي (مشتري للعلاج)

الفرع الثالث اهداف التعاقد

توجد مجموعة من الأهداف التي يحققها اعتماد النظام التعاقدي للتمويل، والتي تساهم في رفع فعالية القطاع الصحي. يمكن تلخيص هذه الأهداف على النحو التالي:

التحكم في النفقات: يتيح النظام التعاقدي للمؤسسات الصحية تحقيق كفاءة أكبر من خلال التمويل المنظم. يتم تنفيذ عملية التمويل بناءً على حسابات دقيقة تشمل جميع الخدمات المقدمة. يشجع هذا

النظام المؤسسات الصحية على تحسين جودة الخدمات المقدمة ويحفِّزها على الابتكار. كما يمكن إنشاء مؤشرات مرجعية للمقارنة ومعرفة الهياكل الأكثر إنفاقًا، وبالتالي اتخاذ التدابير التصحيحية اللازمة.

عقلانية الانفاق وتحقيق النجاعة: يتم تحقيق ذلك من خلال استغلال الموارد المتاحة بأفضل شكل ممكن، مثل التعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتعامل بها المستشفى. يتم توفير الفعالية والنجاعة في تقديم الخدمات، ويتم تحقيق الأهداف بأقل تكاليف ممكنة، عن طريق التعاقد مع مؤسسات متخصصة مثل النظافة، والصيانة، والتغذية، مما يؤدي إلى تقديم الخدمة بأفضل جودة وتخفيض الأعباء المالية مثل الرواتب والمعدات اللازمة.

تحسين نوعية العلاج: يتم ذلك من خلال التركيز على

تحسين سلوك المعاملة وتقديم خدمة استقبال ممتازة للمرضى.

التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكلفة ممكنة: يهدف إلى الحفاظ على النجاعة عن طريق التركيز على الجودة بدلاً من الكمية.

إعادة ربط العلاقة مع المجتمع: بهدف إقناع واكتساب ثقة الزبائن، يتعين إقامة علاقة قوية وتعاونية مع المجتمع المحيط

المطلب الثاني دور الدولة والجماعات المحلية في النظام التعاقدي

الفرع الاول دور الدولة في النظام التعاقدي

في مواجهه تطور التعاقد يمكن للدوله ان تتبنى استراتيجيه التخلي حيث تترك عمليه التعاقد تعتمد على قوانين السوق ولكن يمكن للدوله ان تفكر في ان الاصح والامثل لا يكون ولا يتحقق الا من

خلال تدخلها اذ ان التعاقد يعطيها الفرصه لتطوير تدخل الذي يتبع مسارات اخرى غير تلك الخاصه بتوفير الخدمات الصحيه مباشره وفقا لهذا المنطق تكون الدوله في قلب العلاقات التعاقديه التي يتم تشكيلها بين جميع الجهات الفاعله في النظام التعاقد ليس خصخصه ولا فك التزام من طرف الدوله بل هو اداه خدمه النظم الصحيه والامر متروك للدوله لضمان استخدام هذه الاداه بشكل فعال ومناسب لذا فان دور الدوله يتمركز في مستويين الدوله كفاعل في العلاقات التعاقديه والدوله كمنظم للعلاقات التعاقديه[25]

- **كفاعل في العلاقات التعاقدية في قطاع الرعاية الصحية** يمكن للدولة أن تقوم بذلك من خلال:

- توفير الخدمات الصحية: تهدف الدولة إلى الحفاظ على سيطرتها على التغطية الصحية للبلد دون تحمل كامل العبء المالي وإدارة المرافق الصحية. بواسطة نظام التعاقد، تسعى الدولة إلى تفويض مسؤولية إدارة هذه المرافق وتسعى لجلب مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص وأصحاب الخدمات الصحية للانضمام إلى الخدمة العامة. وبذلك، لن تكون الدولة هي المشغل الحصري للخدمات الصحية، ولكنها ستظل صاحبة التغطية الصحية.
- شراء الخدمات الصحية: بدلاً من القيام ببعض الأنشطة بنفسها، تقرر الدولة شراء الخدمات من ممثل آخر، عادةً من القطاع الخاص. يكون العقود الناتجة نوعًا من عقود الخدمة، ويتم تطبيق استراتيجية الشراء هنا على مستويين. قد يتعلق الشراء بمنتج نهائي يقصد به خدمة صحية يتم توفيرها من قبل مقدم يعمل أو لا يعمل في مرفق صحي. أما الشراء الذي يتعلق بعوامل الإنتاج مثل الغسيل، والترميم، والصيانة، والحراسة، فيتم من الداخل لتجنب تكوين تركيز لجميع الوظائف داخل الكيان نفسه.

[25] خلاصي عبد الاله مرجع سبق ذكره ص 33

- فصل وظائف التمويل: يمكن للدولة أن تفصل بين وظائف التمويل عن طريق إنشاء كيانات محددة. هذا الفصل، حتى لو كان جزئيًا اصطناعيًا، يساهم في جذب كل من أصحاب المصالح للتفاوض مع أصحاب المصلحة الآخرين. يجب أن تؤدي هذه المفاوضات إلى ترتيب تعاقدي يضمن كفاءة أفضل للنظام الصحي، وذلك من خلال إنشاء وكالات متخصصة ذات ميزات عامة تمنح الدولة نفسها وسائل التنافس مع مقدمي الرعاية الصحية
- **كمنظم للعلاقات التعاقدية** يجب على الدولة تنظيم العلاقات التعاقدية بطريقة تساهم في تحقيق المصلحة العامة وتحسين أداء النظام الصحي. يمكن للدولة تنظيم العلاقات التعاقدية من خلال الطرق التالية:

- وضع إطار قانوني: يجب على الدولة ضمان أن النصوص القانونية في البلد تسمح بالتعاقد وتحدد حقوق وواجبات الأطراف. يجب أيضًا أن تتخذ الدولة التدابير اللازمة لتسهيل العلاقات التعاقدية وتعزيز المنافسة بين الأطراف.
- رقابة والمراقبة: يمكن للدولة ممارسة الرقابة والمراقبة على العلاقات التعاقدية القائمة بين الأطراف. هذا يساعد على ضمان التنافسية وتنظيم المنافسة بين الجهات الفاعلة التي تسعى للدخول في علاقة تعاقدية.
- نظام المعلومات: تقع على عاتق الدولة مسؤولية وضع نظام فعال للمعلومات حول العلاقات التعاقدية. يساعد هذا النظام في جمع وتحليل البيانات ذات الصلة بالعلاقة التعاقدية وتقديم معلومات مهمة لاتخاذ القرارات.
- التدريب: يجب على الدولة ضمان توفر التدريب اللازم لجميع الفاعلين في مجال العلاقات التعاقدية. فالتعاقد ينطوي على مفاهيم متعددة تأتي من تخصصات مختلفة مثل القانون،

الاقتصاد، الصحة العامة، العلوم السياسية والإدارية، وغيرها. لذلك، يجب توفير التدريب اللازم لضمان فهم جميع الجوانب المتعلقة بالتعاقد.

- السياسات التعاقدية: تقع مسؤولية وضع وتنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية على عاتق الدولة، وبشكل أكثر تحديدًا على وزارة الصحة. يجب أن تكون الوزارة المحرك الرئيسي للسياسات التعاقدية وتعزيزها.

بتنفيذ هذه الإجراءات، يمكن للدولة تنظيم العلاقات التعاقدية بشكل فعال وتحقيق أهدافها في تحسين النظام الصحي وتحقيق المصلحة العامة

الفرع الثاني دور الجماعات المحلية

تقديم الخدمات الصحيه يتم من خلال المؤسسات الصحه العامه والخاصه الى جانب الممارسين الخواص من اطباء والممرضين وصيادله وكذا العيادات الخاصه اضافه الى هياكل اخرى وبالتالي تحدد النمر المركزيه المهام الموكله للجماعات المحليه وللقيام بالتزاماتها هناك استراتيجيتين[26]

1/المقاربة من خلال الهياكل المحلية تسمح للجماعات المحلية بتنفيذ مهامها في مجال الصحة من خلال

- ✓ **الهياكل العامة** والبنية التحتية ذات الصلة بالصحة وتتم هذه المهام إما عن طريق التسيير المباشر أو التسيير المستقل أو بالتفويض.

[26] علواني عديلة انماط التعاقد في الانظمة الصحية مرجع سابق

التسيير المباشر: في هذه الحالة، تقوم الجماعات المحلية بتوفير التمويل المالي والإدارة المباشرة للهياكل العامة ذات الصلة بالصحة، وذلك في إطار تحقيق المصلحة العامة. وتتولى الجماعات المحلية مسؤولية الإشراف والرقابة على هذه الهياكل.

التسيير المستقل: في هذه الحالة، تُمنح الجماعات المحلية للهياكل العامة الشخصية المعنوية، ولكن الهيكل العام لا يكون مستقلاً تمامًا، بل يُمارس عليه الجماعات المحلية الصايَة والتوجيه. ويبقى الهيكل العام تابعًا للجماعات المحلية فيما يتعلق بالمجال المالي والموارد البشرية، وذلك من خلال العلاقة التعاقدية بين الهياكل والجماعات المحلية.

التفويض: في هذه الحالة، تفوض الجماعات المحلية هيكلاً خارجيًا لتنفيذ نشاطات الصالح العام من خلال علاقة تعاقدية. وفي حالة عجز أو عدم قدرة المستخدم على تنفيذ بعض الحالات، تقوم الجماعات المحلية بإيقافه بسياسة "رفع اليد".

كما يمكن للجماعات المحلية أن تشارك هذه الهياكل في تحسين تقديم النشاطات ذات الصلة بالصحة، بالإضافة إلى

- ✓ **الهياكل الخاصة** المنصبة لنشاطات لها علاقة بالصحة، مثل مراكز إعادة التأهيل الاجتماعي أو المستشفيات الخاصة. ويمكن للجماعات المحلية أن تتعاقد مع هذه الهياكل من أجل تحسين تدريب العاملين في المراكز الصحية التابعة لها.

بهذه المقاربة، يمكن للجماعات المحلية أن تلعب دورًا مهمًا في تحسين الخدمات الصحية وتعزيز العلاقات التعاقدية المؤسساتية في مجال الصحة

2/المقاربه عن طريق النشاطات ترتكز هنا العلاقه التعاقديه على شراء الخدمات من الموارد الماليه التي تملكها الجماعات المحليه حيث يكون اداء هذه هذا النشاط عن طريق الممثل الذي التزم بهذا النشاط في الاجل المحدده ومن مثال ذلك كان تبرمج جماعات المحليه عقد مع جمعيه بهدف غير ربحي من اجل ان يصحبها في عمليه التحسيس بمرض السيدا[27]

المطلب الثالث التعاقد كالية جديدة لتمويل الصحة في الجزائر

تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر تحديات عديدة فيما يتعلق بالتمويل. والنظام التمويلي الجزافي الذي يتبعه قد يكون وراء بعض الاختلافات والتحديات التي تواجهها.

في النظام التمويلي الجزافي، يتم تخصيص الموارد المالية للمؤسسات الصحية بناءً على احتياجاتها المتغيرة، دون الالتزام بأي منطق اقتصادي محدد. هذا النظام يؤدي إلى غموض في عملية التمويل بين المؤسسات الصحية والحكومة والضمان الاجتماعي، مما يؤثر على التوازن بين العرض والطلب على الخدمات الصحي.لذلك، من المهم هيكلة عملية التمويل بين الأطراف الثلاثة: الحكومة، والضمان الاجتماعي، والمؤسسات الصحية. يمكن تبني النظام التعاقدي كوسيلة جديدة للتمويل والتحكم في الانفاق الصحي المتزايد. من خلال النظام التعاقدي، يتم تحديد الالتزامات المالية والتعاقدية بين المؤسسات الصحية والحكومة والضمان الاجتماعي، مما يعزز الشفافية والتحكم في التكاليف وتحسين كفاءة الإنفاق الصحي.

توجد أمثلة عديدة على الدول التي تطبق أنظمة تعاقدية في التمويل الصحي، حيث يتم توقيع عقود بين المؤسسات الصحية والجهات التمويلية لتحديد الخدمات المقدمة والتكاليف والمعايير الأخرى. هذا

[27] خلاصي عبد الاله مرجع سابق

النظام يساهم في تحقيق التوازن بين الاحتياجات الصحية والموارد المالية المتاحة، ويعزز فعالية وكفاءة نظام الرعاية الصحي

وبموجب قانون الماليه لسنه 1992 تم ذكر العلاقه التعاقديه لاول مره كنظام يتبع في التمويل نفقات المؤسسات الصحيه مع وضع احكام التسعيره والفوتره للخدمات الصحيه حيث نص هذا القانون على ان مساهمه ضمان الاجتماعي في ميزانيه المؤسسه الصحيه العموميه يكون بصفه تعاقديه بدلا من الدفع الجزافي يتنصت الماده 175 من قانون الماليه لسنه 1992 على ما يليه تحدد مساهمه هيئات ضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحيه والمؤسسات المتخصصه بما فيها المراكز الاستشفائيه الجامعيه وبصفه تقديرية(9500000000 دج) ويطبق هذا التمويل على اساس علاقات تعاقديه تربط الضمان الاجتماعي ووزاره الصحه وتحدد كمياته عن طريق التنظيم [28] كما تم التاكيد على هذا الاختيار والتذكير بالنهج التعاقدي في تمويل ميزانيه المؤسسات الصحيه من خلال النص الماده 128 من قانون الماليه لسنه 1993 وبموجب نص الماده 147 من قانون الماليه لسنه 1994 كما بينت هذه القوانين السالفه الذكر في نصوصها انا نفقات الوقايه التكوين البحوث العلميه والخدمات الصحيه التي يستفيد منها المعوزين الغير مؤمن اجتماعيا تبقى على عاتق الدوله الا انه على الرغم من القوانين السابقه والمراسلات التي اصدرتها وزاره الصحه في سبيل تطبيق التعاقد والتخلي عن نظام القديم في التمويل لا يزال نظام التعاقدي في بدايته واصبح عباره عن برنامج لم يكتمل بعد

المبحث الثاني اسباب التعاقد وشروط نجاحه في الجزائر

المطلب الاول اسباب التعاقد

ا/الاسباب العامة

[28] المادة 175 من القانون رقم 91_25 المؤرخ في 18ديسمبر 1991 يتضمن قانون المالية لسنة 1992الجريدة الرسمية العدد65

الإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية الناجحة في تمويل النفقات الصحية يعد أحد الأسباب العامة لتحسين نظام التمويل الصحي في الجزائر. من خلال دراسة واستيعاب النماذج الناجحة المستخدمة في دول أخرى، يمكن أن تتبنى الجزائر أفضل الممارسات وتطبيقها في نظامها الصحي الخاص.

توصيات منظمات دولية مثل منظمة الصحة العالمية تلعب أيضًا دورًا هامًا في توجيه الدول لتبني نماذج التعاقد وتحسين نظم التمويل الصحي. من خلال إصدار توصيات ومبادئ توجيهية، تشجع هذه المنظمات الدول الأعضاء على تحسين نظمها الصحية وتطبيق مبادئ التعاقد لتحقيق أهداف الصحة العالمية.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن دمج مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية لتعزيز كفاءة وفاعلية نظام التمويل الصحي. يمكن استخدام مبادئ وأدوات إدارة الأعمال لتحسين إدارة الموارد المالية وتحقيق أهداف استدامة النظام الصحي. على سبيل المثال، يمكن تطبيق أساليب التخطيط الاستراتيجي وإدارة الأداء وتحليل التكاليف والفوائد في تحسين عمليات التمويل الصحي واتخاذ القرارات المستنيرة.

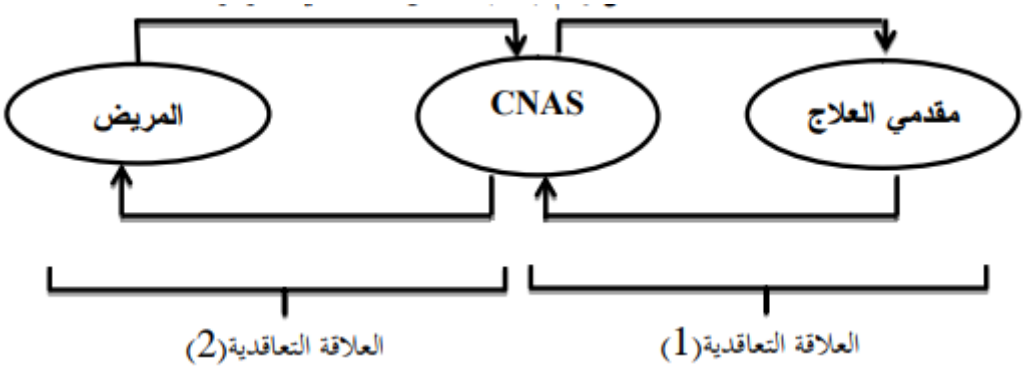
بشكل عام، يجب أن تتعاون الحكومة والمؤسسات الصحية والمنظمات الدولية في تبني أفضل الممارسات وتحسين نظام التمويل الصحي في الجزائر، مما يساهم في تحسين توفر الخدمات الصحية وتحقيق التوازن بين الاحتياجات والموارد المالية المتاحة

ب/ بالنسبه لاختيار الضمان الاجتماعي للتعاقد معه

ينظر الى التعاقد من خلال الضمان الاجتماعي كوسيله للحصول على البيانات والادوات اللازمه لاجراء عمليات ذات جوده عاليه ورعايه تنافسيه فالضمان الاجتماعي سيغطي فقط الاشخاص المؤمن

عليهم اجتماعيا في عمل اللجنه المشتركه بين الوزارات المسؤوله عن مراقبه وتنفيذ هذا التعاقد من المفترض ان يتيح هذا التعاقد مزيدا من الشفافيه في العلاقات بين المانحين ومقدمي الرعايه الصحيه مراقبه افضل للنفقات وتحسين جوده الخدمات الرعايه الصحيه زياده الكفاءه في اداء المؤسسات الرعايه الصحيه وهيئات الضمان الاجتماعي مما يتيح الاستخدام الرشيد والافضل للموارد والتعاقد لم يعمم في الجزائر بعد فهو مطبق فقط بين الممولين ومقدمين علاجات العموميه ويتركز بشكل حصري على التمويل فهو في الواقع فكره الانتقال من الاستشفاء المجاني الى الدفع بسعر المتوسط لليوم الاستشفائي ويبقى اجراء الدفع كخطوه اخيره والشكل الموالي يوضح منطق التعاقد في الجزائر[29]

الشكل 05 منطق التعاقد في الجزائر



المصدر خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر

المطلب الثاني الشروط الاولية لنجاح التعاقد

الفرع الاول الشروط اللازمة للتعاقد

[29] امال بغيض ايمان بن قصير التعاقد كاليه لترشيد النفقات الصحيه في الجزائر مداخله مقدمه في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر الواقع والافاق 24 25 نوفمبر 2015 بجامعه المسيله صفحه 11

ان العلاقه التعاقديه بين المؤسسات الصحيه ومموليها تستلزم انشاء مؤسستين هامتين

1/الوكاله الاستشفائيه(A.R.H) : يسيرها مجلس اداره متكون من ممثل الاداره الوصيه ممثل الجماعات المحليه التي تتواجد بها القطاعات الصحيه ممثل صندوق التامينات الاجتماعيه الجهوية ممثل مستخدمي الصحه

2/الوكاله الوطنيه للاعتماد والتقييم الصحي(A.N.A.E.S) تنصيب الوكاله ضروره يمكن بفضلها التحكم في النفقات العلاجيه واهم المهام المنوطه بها وهي

- ✓ مراقبه مراقبه وتقييم فرعيه الخدمات الصحيه وكذا مراقبه تدرج العلاج
- ✓ توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الاستشفائيه
- ✓ تحديد مده الاقامه وفقا للمجموعات تشخيصية متجانسه
- ✓ اعداد مجموعات وبائيه متجانسه لتحديد تكاليف علاجها
- ✓ وضع مؤشرات توفيقيه بين الهياكل وايضا وضع سياق الانتاج

كما ان وضع التعاقد حيز التطبيق يستدعي توفير شروط والتي بدورها تتطلب تدعيما بوسائل مكيفه بدءا من التشاور والتفاوض مع عملاء الصحه ويمكننا سبب بعض هذه الشروط كالاتي[30]

3/مكتب الدخول نظرًا لأهمية مكتب الدخول في عملية التعاقد، يجب إعادة تنظيمه وتعزيز المهام التي يقوم بها بشكل قانوني وتحديثه بوسائل مادية وبشرية متطورة. وفي هذا السياق، يجب على جميع مسؤولي المؤسسات الصحية العامة تحديد الهيكل التنظيمي لمكتب الدخول، الذي يجب أن يتميز بالتناغم والتناسق.

[30] خلاصي عبجد الاله سبق ذكره

4/المتابعة بواسطة الاعلام الالي يمكن تعزيز المتابعة باستخدام وسائل الإعلام الآلي، من خلال تثبيت واختيار الأدوات التكنولوجية المساعدة على التواصل وتعزيزه. وتتمثل هذه الأدوات أساسًا في

- استمارة العلاج
- استمارة القبول،
- طلب التكفل بالمريض
- تحديث سجلات أعمال محترفي الصحة
- يجب توجيه المستخدمين في المجال الصحي لاستخدام هذه الأدوات والالتزام بالتقنيات المشار إليها.
- يجب الاهتمام أيضًا بتحسين جودة استمارة العلاج تدريجيًا وإدخال نظام الفوترة.
- يجب وضع وسائل إدارية فعالة لحساب التكاليف والمردودية للعامل البشري، وتحفيزه وتشجيعه على تحقيق النتائج.

5/اطلاع جميع مستخدمي القطاع الصحي على مشروع النظام التعاقدي يجب أن يتمكن جميع مستخدمي الصحة من الاطلاع على مشروع النظام التعاقدي من خلال تنظيم أيام دراسية لتوضيح معنى هذا النمط الإداري الجديد للمؤسسات الصحية وكيفية تنفيذه، وينبغي أن يركز التركيز على مكاتب الدخول بشكل خاص، وبما في ذلك الأطباء المرافقين والعاملين الطبيين فيها

الفرع الثاني دور الاتفاقيات في تطوير الشراكة مع قطاع الصحة

يعد توقيع الاتفاقيات وسيلة لإقامة علاقة تعاقدية بين صناديق الضمان الاجتماعي والهياكل العامة للصحة، بهدف تحقيق استفادة الأفراد المؤمن عليهم اجتماعياً وذوي حقوقهم من نظام الدفع المقدم من قبل الجهة المؤمنة. تتضمن هذه الاتفاقيات تحديد طريقة تغطية صندوق التأمين الاجتماعي

للمصاريف المرتبطة بالخدمات العلاجية. بعد ذلك، يتم توقيع الاتفاقيات مع مقدمي الرعاية الصحية مثل الأطباء والصيادلة والمستشفيات والعيادات المتخصصة وغيرها توقع هذه الاتفاقيات من قبل:

- مدير الوكالة الصحية.
- المتعاقد الصحي.

تتوفر هذه الاتفاقيات على نموذجين، حيث يتم تسليم النموذج الأول للمتعاقد ويتم الاحتفاظ بالنموذج الثاني في الوكالة. يتم تزويد المتعاقد برقم تعريفي يتألف من رقم الولاية (رقمين) ورقم تسلسلي (3)أرقام.

تكون الاتفاقيات سارية المفعول لمدة 12 شهراً اعتباراً من تاريخ توقيعها، ويتم تجديد صلاحيتها تلقائياً، ومع ذلك، يحق لأحد الأطراف المتعاقدين إلغاء الاتفاقية بإرسال رسالة موصى بها إلى الطرف الآخر مع إشعار مسبق يتراوح بين شهر واحد أو ثلاثة [31]

اولا /بعض الاتفاقيات المبرمة في اطار النظام التعاقدي

بداية تطبيق هذا النظام في التسعينات كانت محدودة جدًا في القطاع الصحي، حيث تم توقيع بعض الاتفاقيات النموذجية التي يجب أن تتطابق مع أحكامها اتفاقيات الضمان الاجتماعي مع مقدمي الخدمات. ومع ذلك، فإن هذه الاتفاقيات الأولية بحاجة إلى إعادة صياغتها وتحديثها، استنادًا إلى التطورات الجديدة المتعلقة بنظام التعاقد في القطاع الصحي. تتعلق هذه الاتفاقيات بتفعيل إجراءات جديدة في مجال الصحة، وتتعلق بنظام الدفع من قبل الجهة غير المؤمنة ضمن نظام الشفاء. ومن بين الاتفاقيات الموجودة، يمكن ذكر:

[31] ذهبية صيفي، النهج التعاقدي كأسلوب تمويلي جديد لقطاع الصحة الجزائري، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج المتخصص في مناجمنت المنظمات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، جوان 2005 ،ص46

- ✓ اتفاقية عام 2007 بين هيئات الضمان الاجتماعي ومقدمي خدمات النقل الصحي.
- ✓ اتفاقية نموذجية عام 2009 بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات.
- ✓ اتفاقية نموذجية عام 2009 بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء العامين والأطباء المتخصصين.
- ✓ اتفاقية نموذجية عام 2012 بين هيئات الضمان الاجتماعي ومقدمي خدمات البصريات والنظارات.
- ✓ اتفاقية نموذجية عام 2014 بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية لعلاج أمراض القلب والأوعية.
- ✓ اتفاقية نموذجية عام 2015 بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم.
- ✓ وأخيرًا في عام 2020، تم توقيع اتفاقية نموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة بالولادة.

تلك هي بعض الاتفاقيات التي تم توقيعها في مجال الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية، والتي تعكس تطورات نظام التعاقد والاستفادة من الخدمات الطبية[32]

المطلب الثالث الصعوبات والمشاكل التي تواجه النمط التعاقدي في الجزائر

سعت الجزائر، من خلال نظام التعاقد، إلى الانتقال من النظام الجزافي لتمويل المؤسسات الصحية والتخلي عن مجانية العلاج، وذلك نحو نظام تمويل حقيقي يستند إلى العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي. يهدف هذا التحول إلى توفير الموارد المالية وتسهيل عملية المتابعة والمراقبة للأموال المخصصة للقطاع الصحي.

[32] راشدي حدهم دليلة التعاقد في اطار الضمان الاجتماعي كنمط لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر مجلة القانون الدولي والتنمية المجلد 10 العدد 02 (2023)ص6

وعلى الرغم من القوانين والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة والسكان وجهود إصلاح المستشفيات لتطبيق هذا النظام التعاقدي والتخلي عن النظام القديم، إلا أنه واجه العديد من الصعوبات والمشاكل التي عوقت تنفيذه بشكل كامل، مما جعله يظل في مرحلته الأولية. وعلى الرغم من أن القوانين التي تنص على تطبيقه وضعت منذ التسعينات، إلا أن الصعوبات والمشاكل الأساسية التي تواجهه تتمثل فيما يلي

- ✓ يتطلب التعاقد وجود جهات فاعله مستقله وتوفير نظام معلومات قوي وموثوق وشفافيه في تقييم الاداء الكمي والنوعي وانسجام الادوار وتكاملها لكن الطبيعه غير شفافه لقرارات تخصيص الموارد الحاليه تتناقض مع اي عمليه تعاقد ناجحه
- ✓ تتطلب العمليه التعاقديه قياده سياسيه ومهارات تقنيه واتصالات فعاله ولم يتم تلبيه وتوفير اي من هذه الشروط
- ✓ غموض تحديد هويه المستفيدين من الخدمات الصحيه اذ وجد ان 30% يمثلون المؤمنين اجتماعيا 10% معوزين في حين تبقى 60% غامضه
- ✓ احد اهم اسباب تاخر تطبيق النمط التعاقدي في تمويل نفقات الصحه هو عدم تهيئه ارضيه المؤسسات الصحيه للمشروع لاسيما وان نظامها الاساسي كمؤسسه عموميه ذات طابع اداري تعتمد على المحاسبه العموميه ولا يتلائم هذا النوع مع الاشكال التعاقديه
- ✓ تقيد مديري المؤسسات الصحيه بمجموعه من القواعد القانونيه والاجراءات الروتينيه في تنفيذ الميزانيه على مستوى مؤسساتهم الصحيه مما يجعل منهم مجرد منفقين لا مسيرين اي انهم بعيدون كل البعد عن الابداع والتسيير الحديث

- ✓ التخلي في معظم الاحيان عن المهمات الاساسيه لمكتب الدخول اضافه الى غياب وعدم ملائمه الدعائم التسيير في المؤسسات الصحيه العموميه وهيئات الضمان الاجتماعي
- ✓ صعوبات تقنيه تتعلق بتحديد النظام الاساسي للمريض حيث يواجه مكتب الدخول عده عراقيل وصعوبات في تحديد فئه المريض التي ينتمي اليها
- ✓ اهمال ممارسي القطاع للعديد من البيانات الخاصه بالمريض
- ✓ نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي
- ✓ غياب الوثائق المحاسبيه
- ✓ عدم اخذ بعين الاعتبار الطلبيات في الميزانيه
- ✓ قيود التمويل التي اصبح يعاني منها نظام الضمان الاجتماعي خلال العشريه الاخيره[33]

خلاصة الفصل الثاني

على ضوء ما درسناه في هذا الفصل يمكننا القول ان النهج او النظام التعاقدي يعتبر في النظرية آلية أكثر فعالية ومرونة. ومع ذلك، فإن الواقع يكشف عدم تجسيده بشكل كامل في جميع المجالات، بغض النظر عن مجالات أخرى مثل الصيادلة وعيادات جراحة القلب ومراكز تصفية الدم. وعلى الرغم من أنه قد يكون هناك تقدم في تطبيقه في مجالات مثل الممارس الطبي والبصريات والنقل الصحي والتحاليل الطبية، إلا أنه يبقى محدودًا فيما يتعلق بالتعاقد مع المؤسسات الاستشفائية.

تعاني المؤسسات الصحية من مشاكل تنظيمية معقدة في مجال التسيير والتنظيم، مما أثر سلبًا على أدائها وظروف العمل. لذا، فإنها بحاجة إلى تنظيم نفسها قبل الدخول في علاقات مباشرة مع الأطراف الخارجية. وبناءً على ذلك، فإننا نوصي بتعميم نظام التعاقد، لأنه يعتبر آلية فعالة جدًا لتحقيق النوعية

[33] خلاصي عبد الاه مرجع سبق ذكره

وتنظيم التأمينات الاجتماعية، وذلك من خلال التشاور للوصول إلى الصيغة النهائية المتعلقة بمدونة الأداءات والأسعار

الفصل الثالث :

دراسة حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الاجراء -قالمة-

تمهيد

تعكس المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية مستوى التطور الاجتماعي والاقتصادي في أي لبد. كما تعتبر أداة رئيسية في تعزيز التشاور بين مختلف الفاعلين في المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.ترتبط تطور أنظمة الحماية الاجتماعية، وخاصة أنظمة الضمان الاجتماعي، عبر العالم بشكل وثيق بتاريخ التدابير الاجتماعية التي ميزت التطور التاريخي للبشرية

ويكتسي الضمان الاجتماعي اليوم أهمية كبيرة في حماية العمال وعائلاتهم، نظرًا لتأثيراته الإيجابية على توزيع الدخل القومي وأداء لاقتصاد الوطني. إنه ضابط مهم عبر تاريخ التطور الاجتماعي والاقتصادي، سواء في الجزائر أو على الصعيد العالمي

متتبنى الجزائر، في إطار سياستها التشريعية، اختيارات تهدف إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة. وتقوم بتطبيق آليات تتناسب مع إمكانياتها وتعمل على تحديث نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر. ومن بين هذه الآليات، تتبنى الجزائر نمط التعاقد كوسيلة لتغطية النفقات الصحية للمؤمنين وغيرهم، وتعمل على تطوير القطاع الصحي وتعزيزه من خلال توقيع اتفاقيات مع مقدمي الخدمات الصحية في القطاع الخاص. وهذه الاتفاقيات تقوم الجزائر بتعميمها والسعي لتنفيذها فعليًا مع القطاع الصحي العام، بعد إنشاء نظام إلكتروني للتغطية الصحية المعروف باسم نظام الشفاء

تدعيما لما قدمناه في الفصل النظري عن دور النظام التعاقدي في تقليل تكلفة العلاج سنحاول من خلال هذا الفصل المخصص للدراسة الميدانية اسقاطا على الدراسة النظرية لمعرفة مساهمة النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي والقطاع الصحي في تقليل تكلفة العلاج محل الدراسة والتاكد من صحة الفرضيات التي وضعناها في مستهل بحثنا حيث سنقف من خلاله على الاجابة على على الفرضيات المطروحة والهدف من هذا الفحص هو فحص وتحليل دور النظام التعاقدي في تقليل

تكلفة العلاج في ولاية قالمة وللقيام بذلك تناول المبحث الاول لمحة عامة عن الضمان الاجتماعي المبحث الثاني الاطار المنهجي للدراسة ونتائج الدراسة الميدانية وتحليلها وتفسيرها

المبحث الاول لمحة عامة عن الضمان الاجتماعي الجزائري

اصل الضمان الاجتماعي: من التوقعات إلى التضامن: حتى القرن التاسع عشر، كان كل فرد يواجه المخاطر الحياتية بمفرده، مما أدى إلى وجود تفاوت كبير: فقط أولئك الذين يملكون الوسائل المالية يمكنهم الحصول على الرعاية الصحية في حالة المرض. كانت الطريقة الوحيدة لحماية النفس من هذه المخاطر هي التوقعات الشخصية، أو ما يعرف أيضًا بالتأمين الشخصي: وضع جزء من الدخل جانبًا للاستخدام في حالة وجود صعوبات. ومع ذلك، كانت التوقعات محصورة بالأغنياء في مجتمع حيث يكاد العمال يكسبون ما يكفي لتلبية احتياجاتهم الأساسية من الطعام والملابس والسكن. في الدول الصناعية، بدأت الأمور تتغير في القرن التاسع عشر مع ظهور أول نظام تأمين. ووفقًا لهذا المبدأ، يتحد عدة أشخاص لمواجهة خطر محدد: يساهمون ماليًا ويشكلون صندوقًا مشتركًا، يمكنهم الاستفادة منه إذا تحقق الخطر، وبالتالي يكلف كل شخص أقل لأنه تم توحيده، أي أنه تم تجميعه. ومع ذلك، كان التأمين غير متساوٍ: يمكن لأولئك الذين يستطيعون دفع مساهمات كبيرة الحصول على تأمين أفضل، في حين لا يستطيع الأكثر فقرًا الاشتراك؛ لذلك يجب فرض نظام إجباري وتضامني لضمان حقوق الجميع مثل حق الحصول على الرعاية الصحية. يعود تاريخ نشأة التأمين الاجتماعي (التأمين الصحي، والتأمين على الحوادث، والتأمين على الإعاقة والتقاعد) إلى ألمانيا في عهد بيسمارك في الثمانينيات من القرن التاسع عشر. كانت إنشاء التأمينات الاجتماعية الإلزامية أيضًا فعلًا سياسيًا

يهدف إلى جمع الاشتراكيين، وقد أعطت الدولة قبولًا لدورها في تعزيز الرفاهية الاجتماعية. تعمل هذه التأمينات الاجتماعية الأولية بفضل المساهمات الاجتماعية والتي تتحملها الشركات أيضا[34]

اليك بعض التواريخ الهامة في تاريخ الضمان الاجتماعي:

عام 1883: إنشاء نظام الضمان الاجتماعي في ألمانيا للتأمين الصحي.

عام 1884: إنشاء نظام الضمان الاجتماعي في ألمانيا لحوادث العمل.

عام 1935: إنشاء الضمان الاجتماعي في فرنسا، حيث تم إنشاء تأمين التقاعد وتأمين البطالة ضمن إطار الدولة الرفاهية.(Welfare State)

أكتوبر 1945: إنشاء نظام شامل للضمان الاجتماعي في فرنسا يغطي الرعاية الصحية والتقاعد والمعاشات العجز وتعويضات البطالة.

10يونيو 1949: إنشاء نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر.

المطلب الاول نبذة تاريخية عن الضمان الاجتماعي

نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر هو تمديد للتشريع الفرنسي؛ حيث تم إصدار قرار الجمعية الجزائرية بتنفيذ المرسوم رقم 49.045 في 10 يونيو 1949، والذي يعد تطبيقًا خاصًا للجزائر للمرسوم المؤرخ في 1945/10/04. تم تدريجيًا تقديم مختلف التشريعات التي تشكل أساس الضمان الاجتماعي في الجزائر وفقًا للتواريخ التالية:

قانون 1898/04/09: بشأن حوادث العمل وجداول الأمراض المهنية.

[34] الصندوق الوطني للعمال الاج

قانون 1919/09/25: بشأن المسؤولية المدنية في حالة الحوادث التي يتعرض لها العمال أثناء العمل في الجزائر.

قانون 1919/10/25: توسيع قانون 1898/04/09 ليشمل الأمراض المهنية.

1920 تنفيذ التشريعات المتعلقة بحوادث العمل.

قرار 1941/05/06: تطبيق الإعانات الأسرية.

1949ظهور التأمين الاجتماعي مع تغطية مخاطر المرض والإعاقة والوفاة.

1953إصدار التأمين الاجتماعي للعمال المتعاقدين.

1958إنشاء التأمين الاجتماعي للعمال المستقلين وغير العاملين براتب. بعد الاستقلال، كان النظام الجزائري للضمان الاجتماعي مكونًا من أكثر من 70 جهة "ضمان اجتماعي" و11 جهازًا للتقاعد التكميلي، مع إنشاء أكثر من 9 أنظمة تتميز بالاختلاف في التمويل وطبيعة ومستوى المنافع وطريقة الإدارة التي تخضع لها.

01/08/1970صدرت سلسلة من القوانين تهدف إلى تعديل النظام الأساسي والقانوني للأنظمة وتحسين وضع المؤمن عليهم.

17/09/1974 توسيع التأمين الاجتماعي للعمال غير العاملين براتب والذين كانوا يستفيدون حتى ذلك الحين فقط من نظام التقاعد. (المرسوم 74.123 في 26.10.1974(

01/10/1980تاريخ توقيع الاتفاقية الفرنسية الجزائرية للضمان الاجتماعي.

01/02/1982تاريخ بدء سريان هذه الاتفاقية.

1983إعادة بناء النظام الكامل للضمان الاجتماعي الذي تم تنظيمه بواسطة قوانين "يوليو 83".

تعتمد جوانب إعادة البناء الأساسية على قوانين 83.11.12.13.14 و 15 في 2 يوليو 1983:

- ✓ توحيد الأنظمة.
- ✓ توحيد المزايا.
- ✓ توسيع نطاق الضمان الاجتماعي لفئات اجتماعية أخرى بما في ذلك الفئات الأكثر ضعفًا.

1985توحيد تنظيم الهيئات الموجودة حول جهتين وطنيتين (المرسوم 85.223 في 20 أغسطس 1985)

الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي لحوادث العمل والأمراض المهنية"C.N.A.S.AT"

الصندوق الوطني للتقاعد"C.N.R"

تم تحويل هاتين الجهتين إلى مؤسستين عموميتين ذات طابع إداري"E.P.A"

1988 تعديل الوضع القانوني للجهتين لتصبح مؤسسات عمومية ذات طابع محدد بطريقة غير مباشرة، وذلك بفضل القانون رقم 88.01 المتعلق بالاستقلالية للشركات العمومية.

1992: إعادة إنشاء صندوق التأمين الاجتماعي للعمال غير الاجراء "C.A.S.N.O.S"

تغيير تسمية "C.N.A.S الى الصندوق الوطني للعمال الاجراء

1994إنشاء منافع جديدة، مثل تقاعد مبكر (المرسوم 94.10 في 26.05.1994) ومكافأة بدل البطالة (المرسوم 94.11 في 26.05.1994(

1995إنشاء الصندوق الوطني للتأمين على البطالة"C.N.A.C"

1998: إعادة إنشاء صندوق العطل المدفوعة لعمال البناء "C.A.C.O.B.A.T.P.H"

تلك التواريخ تمثل مراحل مهمة في إنشاء نظم الضمان الاجتماعي في هذه البلدان، بهدف توفير الحماية الاجتماعية للأفراد وتلبية احتياجاتهم في مجال الصحة والتقاعد وتعويضات البطالة

المطلب الثاني الصندوق الوطني للعمال الاجراء قالمة

اولا / التعريف بالمؤسسة

تم إنشاء وكالة قالمة خلال عام 1978 في إطار التفويض لبعض وظائف الضمان الاجتماعي إلى بعض الولايات المشمولة في التقسيم الإداري الجديد، حيث تم تكليفها بمهام التعويض والرقابة الطبية والإدارة العامة في عام 1978، ثم تحقيق المهمة في بداية عام 1988.

ينقسم إدارة وكالة قالمة إلى 4 نيابات على النحو التالي:

- ✓ نيابة إدارة الأجور.
- ✓ نيابة إدارة التحصيل والمالية.
- ✓ نيابة إدارة المراقبة الطبية.
- ✓ نيابة إدارة الإدارة العامة.

تم تعزيز إدارة الوكالة بوحدة الوساطة والاستماع (2002/12/01) ووحدة الوسائط المتعددة المؤتمتة (عام 2002)، وقد قدمت وكالة قالمة أيضًا مركزًا متعدد الوسائط المؤتمتة (2001/04/21). تتكون وكالة قالمة من 5 مراكز للدفع تدعمها وحدات المراقبة الطبية و 16 فرعًا

عنوان المؤسسة: شارع زلامية عز الدين، قالمة، الجزائر

الشكل 06 صور توضيحية لموقع الصندوق الاوطني للعمال الاجراء قالمة

النشاط: يتعامل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء (CNAS) بإدارة الامتيازات الطبية والمالية للضمان الاجتماعي وحوادث العمل والأمراض المهنية والامتيازات العائلية نيابة عن الدولة.

الوضع القانوني للمؤسسة: هي مؤسسة عامة ذات إدارة خاصة.

نوع المؤسسة: مؤسسة خدماتية.

اسم المؤسسة CNAS قالمة.

عدد الموظفين: 373.

تاريخ التأسيس: 1978

رأس المال: 579.884.210.633.050 دينار جزائري

البريد الإلكتروني: accescnas24yahoo.fr

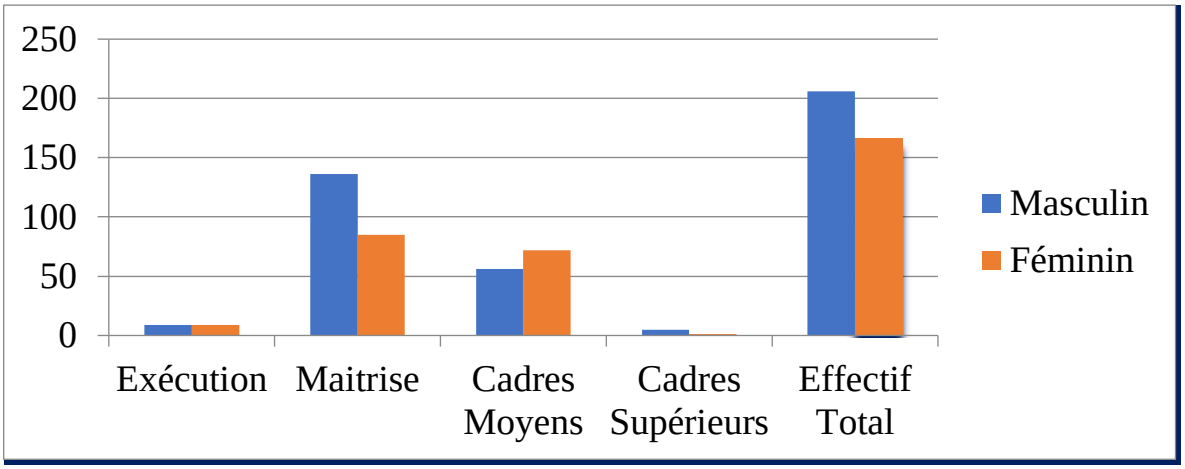
عدد الموظفين حسب الفئات المهنية والجنس

الجدول 03 عدد الموظفين حسب الفئات المهنية والجنس

	انثى	ذكر	الاجمالي
اعوان التنفيذ	9	9	18
اعوان السيطرة	85	136	221
الاداريون المتوسطون	72	56	123
الاداريون العلييون	1	5	6
اجمالي عدد الموظفين	167	206	373

المصدر من اعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق من الموارد البشرية CNAS قالمة

الشكل 07 عدد الموظفين حسب الفئات المهنية والجنس

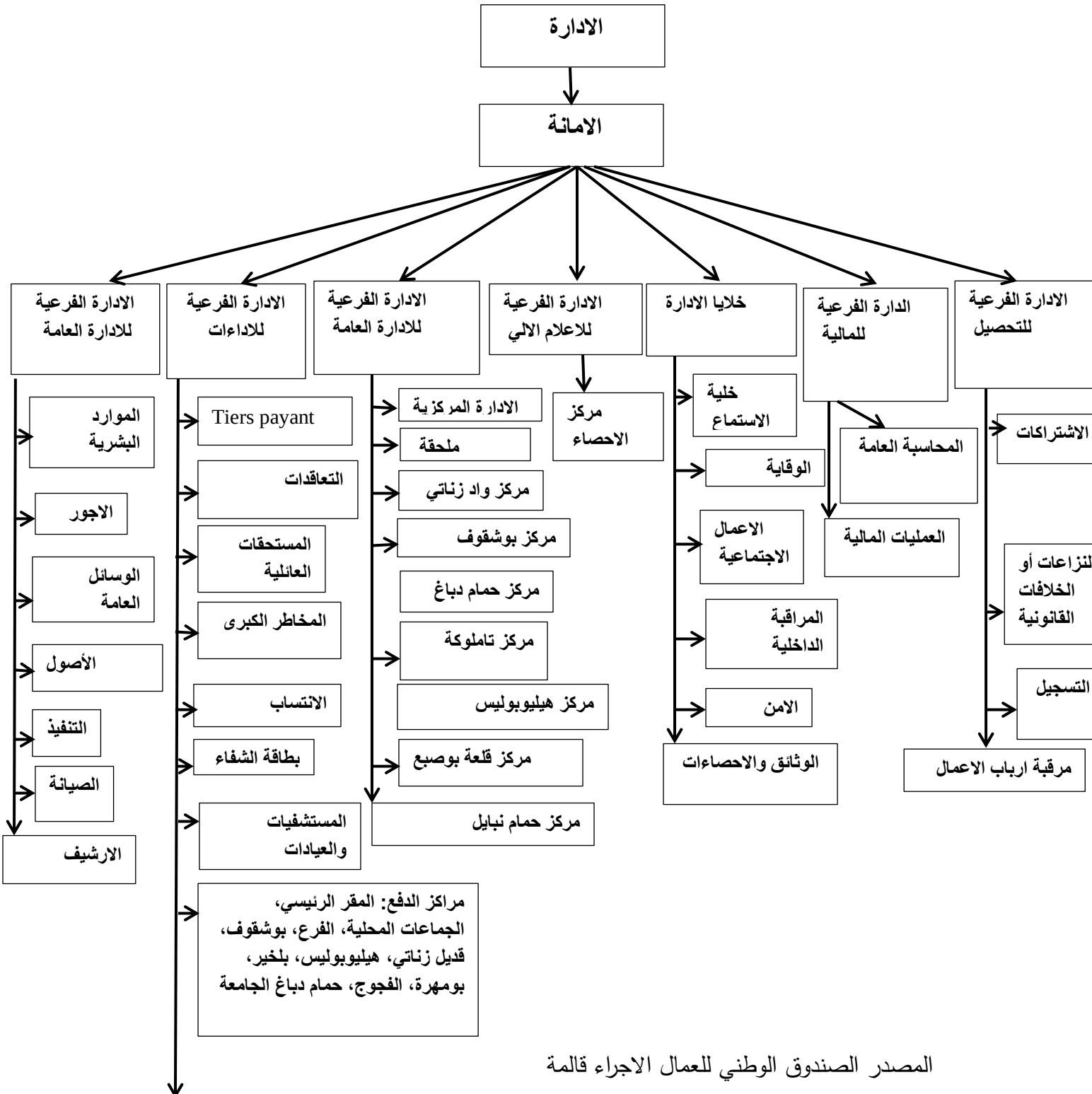


المصدر من اعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق من الموارد البشرية الصندوق الوطني للعمال الاجراء قالمة

عدد الرجال في CNAS Guelma أكثر من عدد الموظفات الإناث

الهيكل التنظيمي للمؤسسة

الشكل 08 الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للعمال الاجراء وكالة قالمة



المصدر الصندوق الوطني للعمال الاجراء قالمة

ثانيا /مهام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

تشمل، وفقًا للقوانين والتشريعات السارية

- ✓ إدارة الاستحقاقات الطبية والنقدية للضمان الاجتماعي، وحوادث العمل والأمراض المهنية.
- ✓ إدارة المزايا العائلية.
- ✓ تحصيل ومراقبة والتواصل القانوني لتحصيل الاشتراكات المخصصة لتمويل الاداءات المقدمة من قبلCNAS
- ✓ المساهمة في تعزيز سياسة الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية، وإدارة صندوق الوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.
- ✓ إدارة الاداءات المستحقة للأشخاص المستفيدين من الاتفاقيات والمعاهدات الدولية للضمان الاجتماعي.
- ✓ تنظيم وتنسيق وممارسة الرقابة الطبية
- ✓ اتخاذ إجراءات تتضمن إنجازات ذات طابع صحي واجتماعي
- ✓ اتخاذ إجراءات وقائية وتوعوية ومعلوماتية صحية بناءً على اقتراح من مجلس إدارة الصندوق
- ✓ إدارة صندوق المساعدة والإغاثة
- ✓ توقيع الاتفاقيات المنصوص عليها في المادة 60 من القانون رقم 83-11 المؤرخ في 2 يوليو 1983
- ✓ تسجيل المؤمن عليهم اجتماعيًا وأرباب العمل وتخصيص لهم رقم وطني
- ✓ ضمان توفير المعلومات للمستفيدين وأرباب العمل
- ✓ استرداد المصروفات المتعلقة بتشغيل اللجان أو الهيئات القضائية المختصة بالنظر في النزاعات الناشئة عن قرارات الصندوق

ثالثا /بعض خدمات الصندوق الوطني للتامينات الاجتماعية للعمال الاجراء

- ✓ إدارة العامة: يتم إدارة صناديق الضمان الاجتماعي من قبل مجلس الإدارة وتوجه من قبل المدير العام.
- ✓ المدير العام: يتم تعيينه بموجب مرسوم تنفيذي، بناءً على اقتراح وزير العمل، بعد استشارة مجلس الإدارة. يكون المدير العام المسؤول عن النفقات والإيرادات ويمثل الصندوق أمام المحاكم وفي جميع الأعمال المدنية. لديه السلطة في تعيين موظفي الصندوق وفصلهم وتوظيفهم. تكون جميع الإجراءات المتعلقة بهذا الجهاز الإداري مماثلة للصناديق الخمس.
- ✓ أمانة المديرية: تكون هذه الهيكلة مسؤولة عن تأمين جميع أعمال السكرتارية المتعلقة بأنشطة الإدارة الإقليمية.
- ✓ خدمة إدارة الموارد البشرية: تساهم في تحديد الاحتياجات التدريبية وتحليلها وترجمتها، وتضمن توافق التدريب مع الاحتياجات المعبر عنها. يتولى المسؤولية عن:

- إعداد جميع المستندات المتعلقة بإدارة الموظفين وفقًا للوائح المعمول بها المنصوص عليها في الاتفاقية الجماعية.
- إصدار أي وثيقة تتعلق بالقرارات الإدارية.
- متابعة القرارات التأديبية.
- المشاركة في عملية التوظيف واندماج الموظفين.
- الحفاظ على علاقات مع المؤسسة الوطنية للتشغيل بشأن التوظيف.
- متابعة الجوانب الإدارية للموظفين.
- متابعة تجديد عقود العمل للعقود المحددة المدة.
- متابعة فترة التجربة لدى المسؤول.

- متابعة الموظفين أثناء فترة التدريب.
- إدارة الاستحقاقات الاجتماعية لدى الصندوق.

✓ إدارة حركة الموظفين: التوظيف، التعيين، الوظيفة الوظيفية، ... (قاعدة بيانات الموظفين)

- إدارة ملفات الطب الوظيفي.
- إعداد ملف خصم مع الصندوق.
- إدارة رواتب الموظفين.

✓ خدمة تكنولوجيا المعلومات: يتمتع الصندوق بمهندسين يقومون بإنشاء أنظمة معلومات تلبي رغبة المديرين في الخدمات المختلفة لتحقيق تنظيم أفضل.

✓ الرقابة الطبية: يتكون من ثلاثة أطباء يتولون مهمة إجراء فحص طبي لأي مؤمن عليه يتقدم للحصول على تعويض يثير الشكوك وتأكيد المعالجات الطبية المدعومة ومنح موافقة لإصدار البطاقات المشفرة بنسبة تعويض 80% أو 100% للمرضى المزمنين.

✓ مكتب الإدارة والمالية: يتولى متابعة وتنظيم الإدارة المالية والمحاسبة في الوكالة، بالإضافة إلى إدارة الإدارة والوسائل مثل التحصيلات والشيكات المرفوضة

رابعا/ مصادر تمويل الضمان الاجتماعي:

✓ المساهمات الاجتماعية: تتمثل طريقة التمويل من خلال المساهمات في استخلاص مبلغ من دخل العمال الذي يفرض التزامات على الضمان الاجتماعي.

✓ نظام العمال: التمويل لنظام العمال إلزامي ويجب أن تكون التأمينات على الضمان الاجتماعي للأشخاص الذين يمارسون نشاطًا مأجورًا في الجزائر أو الأشخاص الذين يخضعون للتدريب المهني، بغض النظر عن جنسيتهم. يتم دفع المساهمات على أساس راتب

الموظف، ويُطلق على الراتب القصوى لكل نوع من الأنشطة والمأخوذ في الاعتبار لحساب المساهمات اسم "الأجر المخضع للمساهمة". يتكون هذا الأجر المخضع للمساهمة، الذي يشكل قاعدة المساهمة بمعنى آخر، من جميع عناصر الراتب باستثناء المزايا العائلية، ومكافآت المغادرة، والتعويضات لظروف الحياة الخاصة. تعرض نسبة المساهمات المخصصة لضمان تمويل الضمان الاجتماعي لتعديلات عديدة منذ الثمانينيات. في البلاد، آخر تعديل حدث في عام 1999. يتم تقسيم هذه النسبة المساهمة بين الضمان الاجتماعي، وحوادث العمل، والتقاعد، والتقاعد المبكر، والبطالة، وصندوق الإسكان الاجتماعي.

- ✓ تدخل ميزانية الدولة: يتم تمويل المزايا العائلية ومخصصات غير العاملين بنسبة 100٪ من ميزانية الدولة، وتمويل مزايا العاملين بنسبة 75٪ من ميزانية الدولة وبنسبة 25٪ من صاحب العمل. تموّل الدولة أيضًا ما يسمى بالنفقات الوطنية للتضامن من خلال منح مكملة تفاضلية للمتقاعدين الذين لا يصل مبلغ معاشهم الذي يستمد من الحقوق المساهمة إلى الحد الأدنى القانوني، وهو 75٪ من الحد الأدنى للأجور المضمونة و2.5 مرة الحد الأدنى للأجور المضمونة لمجاهدي حرب التحرير الوطنية، ومكافآت إضافية للمعاشات المتدنية والإعاقة وللمنح التقاعدية.
- ✓ مصادر التمويل الأخرى للضمان الاجتماعي: يتم تمويل الضمان الاجتماعي أيضًا من إيرادات الصناديق المقتطعة، والمساهمات المالية المدفوعة من قبل أصحاب العمل فيما يتعلق بالتأمين ضد البطالة والتقاعد المبكر، وكذلك من خلال الغرامات والعقوبات المالية المفروضة على أصحاب العمل المتقصرين في الالتزام بالتزاماتهم. يتم تمويل صناديق الضمان الاجتماعي عن طريق مزيج من نوعين من التمويل، وهما التمويل من خلال المساهمات الاجتماعية والتمويل من خلال تدخل الدولة

المديرية الفرعية للاداءات

تتولى متابعة وتنظيم إدارة الاداءات المتعلقة بالضمان الاجتماعي ومعاشات التقاعد، ومتابعة عمليات المحاسبة والصرف، وإدارة مصلحة المستفيد حتى انتهاء حق المستفيد وتشمل الاداءات على مستوى CNAS مايلي

- ✓ استرداد تكاليف الرعاية الطبية.
- ✓ استرداد تكاليف الفحوصات والإجراءات الطبية.
- ✓ نظام الدفع من الطرف الثالث وبطاقة.Chifa
- ✓ تغطية مصروفات متنوعة (علاجات، نظارات، أجهزة، إلخ.(
- ✓ استرداد إجازات المرض.
- ✓ استرداد إجازات الأمومة.
- ✓ تأمين الوفاة.
- ✓ تأمين العجز الناجم عن حوادث العمل أو الأمراض المهنية.
- ✓ مساعدة في الحصول على الإعانات العائلية

الاجازة مرضية يتم استرداد إجازات المرض من قبل CNAS وفقًا للشروط التالية:

- وجود نشاط مهني في تاريخ تشخيص المرض.
- وجود دخل.
- يجب أن تكون هناك وصفة طبية من ممارس طبي (سواء في الجزائر أو في أماكن أخرى)

الإعانات العائلية: الوثائق المطلوبة للحصول على الإعانات العائلية تتضمن:

- طلب للحصول على الإعانات العائلية.
- شهادة الحالة العائلية.
- شيك مشطوب.
- شهادة العمل والأجر.

قيمة الإعانات العائلية هي 600 دينار شهريًا لكل طفل للمستفيدين الذين لديهم راتب مرجعي يقل عن 15,000 دينار شهريًا (300 دينار ابتداءً من الطفل السادس). أما بالنسبة للآخرين، فإن القيمة هي 300 دينار شهريًا لكل طفل.

تسجيل صاحب العمل:

تسجيل صاحب العمل يتضمن الإعلان عن نشاط صاحب العمل لدى CNAS والحصول على رقم تسجيل (رقم صاحب العمل) الذي يتيح له تسجيل موظفيه. الالتزام بالتسجيل مطلوب بموجب القانون 83-14، ويتمكن صاحب العمل من إنشاء رقم صاحب العمل خلال 10 أيام من بدء نشاطه.

استرداد تكاليف الرعاية الطبية:

تقوم CNAS بإعادة استرداد فقط للأدوية التي تحمل وصفة بالعلامة الخضراء. يتم استرداد التكاليف وفقًا للتعرفة المرجعية المدونة على الوصفة، وتُرفض الوصفات الممزقة أو المشوهة أو المكتوب عليها بطريقة زائدة أو الملصقة جزئيًا. تغطي CNAS استرداد تكاليف الرعاية الطبية بنسبة 80٪ أو 100٪ من التعرفة المرجعية.

التأمين على الأمومة:

للحصول على مزايا التأمين على الأمومة، يجب أن تكون المؤمن عليها قد عملت لمدة 15 يومًا أو 100 ساعة على الأقل خلال الثلاثة أشهر السابقة لتاريخ التشخيص الطبي الأول للحمل، أو لمدة 60 يومًا أو 400 ساعة على الأقل خلال الاثني عشر شهرًا السابقة لذلك.

رأس المال عند الوفاة:

للحصول على فوائد رأس المال عند الوفاة، يجب أن يكون المؤمن عليه قد عمل لمدة 15 يومًا أو 100 ساعة خلال الثلاثة أشهر السابقة لتاريخ الوفاة.

مركز الدفع:

يعتبر مركز الدفع خدمة جماعية تُسهل العملية

المطلب الثاني التعاقد مع الصندوق الوطني للعمال الاجراء

يتم تنظيم اتفاقيات بين CNAS و مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك الأطباء، والصيادلة، والمستشفيات، والعيادات المتخصصة، وما إلى ذلك. تتم توقيع هذه الاتفاقيات بين مدير الوكالة والمتعاقد الصحي.

تتكون الاتفاقيات من نموذجين، يتم تقديم النموذج الأول للمتعاقد، ويتم الاحتفاظ بالنموذج الثاني في الوكالة. يتضمن النموذج التعريفي للمتعاقد رقمًا يتكون من رقم الولاية (رقمين) ورقم تسلسلي (3) أرقام

تكون صلاحية الاتفاقية لمدة 12 شهرًا من تاريخ توقيعها، ويتم تجديدها تلقائيا، ومع ذلك، يمكن لأي طرف من الطرفين أن ينهي الاتفاقية من خلال رسالة مسجلة، يُعطى فيها إشعار مسبق بمدة إما شهر واحد أو ثلاثة أشهر، وفقًا لنوع الاتفاقية والطرف المتعاقد

تعددت المجالات التي أبرمت فيها اتفاقيات، حيث تم التعاقد كما سبق الذكر مع كل مقدمي العلاج بدءا من الأطباء من خلال جهاز التعاقد مع الطبيب المعالج أو ما يعرف بالاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي و الأطباء و تنقسم بدورها إلى اتفاقية نموذجية مبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي و الأطباء العامين واتفاقية نموذجية مبرمة بين الضمان الاجتماعي و الأطباء الخاصين .

حيث تهدف الأولى والثانية إلى تحديد العلاقة التعاقدية بين هيئة الضمان الاجتماعي والطبيب العام والخاص قصد الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير في مجال الخدمات الطبية من طرف المؤمن لهم اجتماعيا وذو حقوقهم وتعطي هاته الأخيرة الأعمال المتعلقة بالفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بالمتابعة وتنسيق العلاجات للمؤمن لهم اجتماعيا وذو حقوقهم وكذا نشاط الوقاية و عليه يجب على الطبيب المعالج أن يقدم لهيئة الضمان الاجتماعي ملفا

يشمل على ما يلي :

-نسخة من الترخيص بالممارسة المسلمة من قبل المصالح المختصة التابعة للوزارة المكلفة بالصحة.

-شهادة استفاء دفع الاشتراكات المعدة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الخاص بغير الأجراء فيما يخصه ومن طرف الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء بالنسبة للعمال الذين يستخدمهم في عيادته.

_المراعاة في كل أعمالهم وصفات الاقتصاد الصارم في التكلفة المتوافقة مع نوعية و نجاعة العلاجات.

-ضمان السر الطبي الخاص بالمريض و بالمقابل تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي بتسديد اجرة الفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بمتابعة وتنسيق العلاجات التي يقدمها الطبيب المعالج العام

على أساس مبلغ يحدد بـ250 دج والتي يقدمها الطبيب الأخصائي على أساس مبلغ 400 دج، ويتم التسديد حسب اختيار الطبيب المعالج عن طريق التحويل البريدي أو البنكي وعليها دفع المبالغ المحددة المستحقة للطبيب المعالج في أجا أقصاه 30 يوما الموالية لتاريخ إرسال الفواتير .

يتم تعويض وزيادة مبالغ الفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بمتابعة وتنسيق العلاج إلى الأطباء المعالجين (العام والخاص) في حالات وصف الأدوية الجنيسة أو الأدوية المصنعة بالجزائر . بالإضافة إلى أنه يقع على عاتق هيئة الضمان الاجتماعي وضع تحت تصرف الطبيب المعالج مفتاح الكتروني لمهني الصحة وبرمجة تسمح باستعمال بطاقة الشفاء و كذا تحيين بصفة منتظمة البرمجة الموضوعة تحت تصرفه وقائمة الأدوية القابلة للتعويض وقائمة التسعيرات المرجعية للتعويض

كما أنه وفي ظل التطوير المتواصل لنظام الدفع من قبل الغير وتوسيع نطاقه أبرم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء اتفاقية مع الممارسين الخواص صانعي النظارات الطبية قصد دعم تكاليف انتقاء وتجديد إطارات النظاراتطبية والزجاج المصحح للنظر، وقد تضمنت الاتفاقية الموقعة بين الطرفين الشروط المخولة للاستفادة من هذا الحق

-شرط السن:

- الطفل في سن التحضيري من 3 إلى 6 سنوات .
- الطفل في سن التمدرس من 6 سنوات إلى 21 سنة .

-الشروط الطبية: ويتعلق الأمر بالأطفال الذين يعانون من أحد أمراض العيون الآتية:

- ✓ نقص البصر.
- ✓ خلل في انعكاس النظر.

- ✓ حول العين.

-شرط دخل المؤمن له اجتماعيا : لا يجب أن يتعدى دخل المؤمن له اجتماعيا 20ألف دج شهريا. بالإضافة إلى إبرامه لاتفاقية مع الديوان الوطني لأعضاء المعاقين بتاريخ 30 ديسمبر 2012 بحيث يستفيد من هاته الأجهزة المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الذين تقتضي حالتهم الصحية هذه الأعضاء، بحيث تلتزم مصالح الديوان الوطني للأعضاء المعوقين الاصطناعية ولواحقها الاستجابة إلى كل طلبات المؤمن لهم اجتماعيا في مجال الأجهزة الاصطناعية، أو الوسائل التقنية لإعادة التأهيل حال استلامها لوثيقة التكفل في أجل لا يتعدى 90 يوما ابتداء من تاريخ استلام وثيقة التكفل من قبل مركز الديوان بالنسبة للتجهيزات الكبرى وفي أجل لا يتعدى 30 يوما بالنسبة للأحذية التقويمية.

كما تم إبرام اتفاقية نموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الإستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب و أمراض القلب و الأوعية و في هذا الإطار تلتزم المؤسسة الإستشفائية الخاصة بتقديم لهيئة الضمان الاجتماعي ملفا يشمل ما يلي

-نسخة مصادق عليها من ترخيص فتح المؤسسة الإستشفائية الخاصة المسلمة من طرف المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة.

-بطاقة تقنية للمؤسسة الإستشفائية الخاصة تتعلق بخصائص المؤسسة و أجهزتها المرتبطة بالنشاط.

-القائمة الاسمية للأطباء الممارسين والمستخدمين شبه الطبيين لجميع الرتب والتخصصات والمرخص لهم بتقديم العلاج في طب وجراحة القلب و أمراض القلب و الأوعية على مستوى المؤسسة الإستشفائية الخاصة.

-شهادة استفاء دفع الاشتراكات يعدها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الخاص بغير الأجراء فيما يخص الأشخاص التابعين للمؤسسة الإستشفائية الخاصة الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي لغير الأجراء و الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء المختص إقليميا بالنسبة للأجراء الذين توظفهم المؤسسة الإستشفائية الخاصة.

-كل وثيقة تثبت تكفل المؤسسة الإستشفائية الخاصة بالنفايات الناتجة عن نشاط العلاج ذي خطر تعفى جب إعلام هيئة الضمان الاجتماعي بكل تعديل يطرأ على المستخدمين الذين يمارسون في المؤسسة الإستشفائية الخاصة في أجل 15 يوما.

شمل النظام التعاقدي كل المجالات حتى مركز تصفية الدم الخاصة إذ تم تحديد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي و هاته المراكـــز تقريبا تقدم نفس الوثائق التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية الخاصة

الاجتماعي و الصيدليات و أما الأكثر شيوعا هي الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمـــان بحيث يقع على الصيدلي التزامات تتمثل فيما يلي

-تقديم لهيئة الضمان الاجتماعي ملفا يخصها يشمل الوثائق التي تثبت الممارسة المنتظمة للنشاط ودفعها المنتظم لاشتراكات الضمان الاجتماعي.

-تقديم الأدوية القابلة للتعويض الواردة في الوصفة الطبية في حدود الكمية الإجمالية الموصوفة بحيث لا يمكن أن تتعدى الكميات الضرورية فترات العلاج.

-إعلام المريض بأنه لا يمكن تقديم في إطار نظام الدفع قبل الغير الأدوية التي يكون تعويضها مرتبطا بوصة طبيب عام أو خاص.

–الالتزام قدر الإمكان بتسليم المنتجات الصيدلانية من النوع الجنيس المطابقة للوصفة الطبية و في هذا الإطار تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي بتسوية الفواتير المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية المسلمة في أجل أقصاه 15 يوما ابتدءا من تاريخ إرسال أو إيداع الفواتير من طرف الصيدلية كما تلتزم هيئة الضمان الاجتماعي إذا تعذر عليه التسديد في الآجال المنصوص عليها القيام في اليوم 16 الموالي لتاريخ إرسال الفواتير أو إيداعها بالتسوية الكلية للمحافظة الملخصة للفواتير المعنية وفي هذه الحالة يجب أن تقوم بالتسوية المحتملة بعد تصفية الفواتير في 15 يوما التي تتلي تاريخ تسوية المحافظة ،كما تلتزم بالقيام بتسديد الفواتير حسب اختيار الصيدلية عن طريق التحويل البريدي أو البنكي أو اذا اقتضى الأمر بواسطة صك بنكي

المبحث الثاني الاطار المنهجي ونتائج الدراسة الميدانية

المطلب الاول الاطار المنهجي للدراسة

يتوقف تقديم أي علم من العلوم على وجود منهج محدود وواضح المعالم للبحث، يساعد في التوصل إلى معرفة منظمة بجوانب الواقع

اولا/ منهج الدراسة:

إن طبيعة الموضوع هي التي تحدد لنا المنهج الذي يجب على الباحث تطبيقه و إتباعه، ومن خلال هذا المنطلق نرى بان المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي، وقد تم اختياره دون غيره لأنه يتناسب مع موضوع الدراسة وكذلك من أجل وصف وتحليل النظام التعاقدي ودوره في قليل تكلفة العلاج للوصول إلى استنتاجات تساهم في تطوير الواقع وتحسينه:

ثانيا /مكان وزمن الدراسة:

على مستوى الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعمال الاجراء قالمة . تمحورت الدراسة على دراسة و تحليل دور النظام التعاقدي في تقليل تكلفة العلاج ، وكانت الدراسة تستلزم فترة زمنية لإجرائها، فيما يخص المجال الزمني لهذه الدراسة فهو يمتد من بداية السداسي الثاني للسنة الدراسية إلى غاية استكمال جميع بيانات و إقامة الدراسة عليها للوصول إلى نتائج والوصول الى إجابات عن الفرضيات المطروحة حيث استغرقت فترة الدراسة شهر

تم الاتصال الأولي بميدان الدراسة ألا و هو مصلحة المستخدمين للمستخدمين أين تحصلنا على جميع المعلومات الخاصة بالمؤسسة، ثم توجهنا الى مصلحة التعاقدات لمعرفة كيف تتم عمليات التعاقد بعدها المرحلة الموالية كانت خاصة بإعداد استمارة الاستبيان الموجه الى مستخدمي الخدمات الصحية وقد شملت المدة أسبوع لصياغة الاستبيان في شكله النهائي، تم توزيع الاستبيان الكترونيا باستخدام Forms Google

ثالثا/ مجتمع الدراسة:

لإجراء أي دراسة ميدانية إحصائية لا بد من تحديد مجتمع و عينة الدراسة كأول خطوة لتحديد اتجاه هذه الأخيرة، و هو ما سنتطرق له في هذا الفرع كما يلي:

يعرف مجتمع الدراسة بأنه: "جميع المفردات التي تمثل الظاهرة موضوع البحث وتشترك في صفة معينة أو أكثر المطلوب جمع البيانات حولها"

في الحين العينة هي: " هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية وهي تعتبر جزء من الكل، بمعنى أنه تؤخذ مجموعة من أفراد المجتمع أن على تكون ممثلة للمجتمع لتجري عليها الدراسة وبالتالي، فإن مجتمع الدراسة في بحثنا هذا هو مستخدمو الخدمات الصحية ، حيث اعتمدنا على توزيع الاستبيان الالكتروني وقمنا بجمع 100 استبيان .

المطلب الثاني: أساليب جمع البيانات

تعتبر عملية جمع البيانات من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث لدراسة ظاهرة معينة، و تعد من المراحل الأولى من مراحل إعداد البحوث، حيث يقوم الباحث فيها بجمع البيانات المتعلقة ببحثه. اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب والأدوات لجمع البيانات مجتمعة في:

1/الاستبيان : هو "أداة لفظية بسيطة الهدف منها معرفة اتجاه المستجوبين نحو موضوع معين ، و يعتبر انسب الأدوات استعمالا في دراسة العينات الكبيرة و المتوسطة. الأكثر استخداما في البحوث العلمية ويعتبر وسيلة لجمع البيانات من خلال احتوائها على مجموعة من الأسئلة وتعرف استمارة الاستبيان على أنها نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه للأفراد من اجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة البحث، ويتم توزيع الاستبيان إما عن طريق البريد أو المقابلة الشخصية الذي تم إعداده كالتالي:

-الاطالع على الدراسات السابقة ذات العلاقة بموضو ع الدراسة ومن ثم بناء االستبيان وصياغة فقراته.

_إعداد استبيان أولي.

_عرض االستبيان على المشرف من أجل اختبار مدى مالئمته لجمع البيانات واجراء التعديلات المطلوبة.

-إعداد الاستبيان في صورته النهائية.

-تطبيق الاستبيان على العينة المختارة.

–توزيع الاستبيان على جميع أفراد العينة لجمع البيانات اللازمة لدراسته.و قد احتوى االستبيان على 27 سؤاال قسمت على ثالثة أقسام

المطلب الثاني عرض وتحليل النتائج

اولا /تحليل نتائج القسم الاول

خاص بالمعلومات الشخصية لعينة الدراسة ويتكون من 4 فقرات(الجنس العمر المستوى الدراسي المهنة)

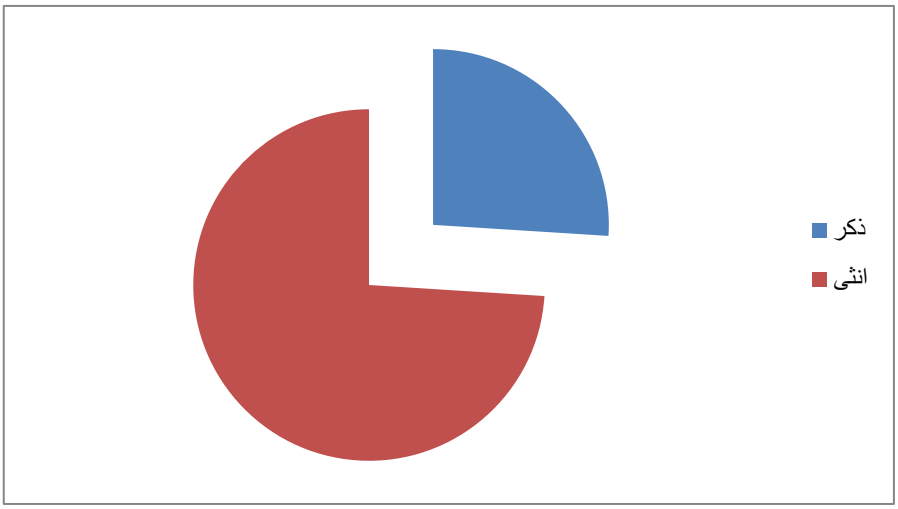
الجنس

الجدول 04 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجنس

المتغير	التكرارات	النسبة
ذكر	26	%26
أنثى	74	%74
المجموع	100	100%

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

الشكل 09 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير الجنس



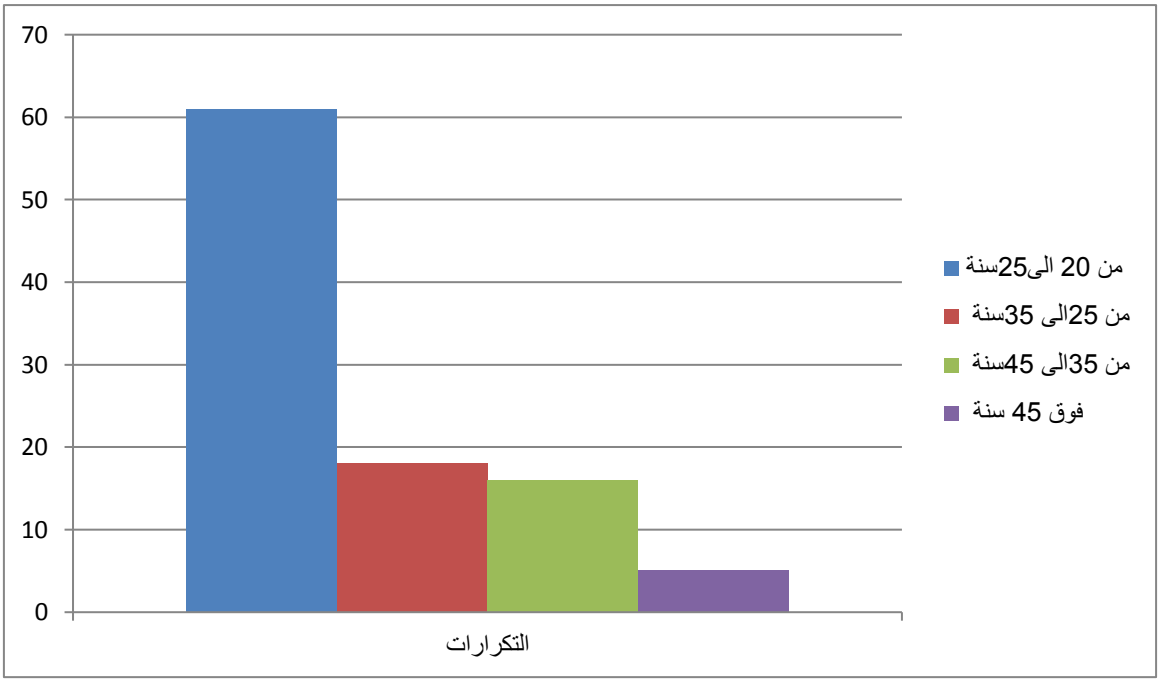
المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

بقراءة أولية لمعطيات الجدول أعلاه والشكل المرفق به يتضح لنا أن أغلبية عينة الدراسة هي من جنس الإناث بنسبة 74% أي ما يعادل 74 أنثى، أما الذكور فقد بلغت نسبتهم 26% أي ما يعادل 26ذكر.

الجدول 05 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير العمر

المتغير	التكرارات	النسبة
من 20 إلى 25 سنة	61	%61
من 25 إلى 35 سنة	18	%18
من 35 إلى 45 سنة	16	%16
فوق 45 سنة	05	%5
المجموع	35	100%

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL



المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

بقراءة أولية لمعطيات الجدول أعلاه، الذي يوضح لنا توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير العمر، وقد تبين أن أغلبية عينة الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 20 و25 سنة بنسبة 61% أي ما يعادل61 فردا من إجمالي أفراد العينة، تليهم عينة قدرت ب 18 أفراد تتراوح أعمارهم ما بين 25 و35 سنة بنسبة 18% أما العينة التي تتراوح أعمارها ما بين 35 و 45 سنة فقد بلغت أفراد من إجمالي العينة بنسبة 16% ثم الفئة العمرية الأخيرة التي أعمارها اكثر من 45 سنة بعدد 5 أفراد بنسبة 5%

يمكن أن نفسر أغلبية عينة الدراسة تنتمي إلى الفئة العمرية الأولى ما بين 20 و 35 سنة إلى طبيعة العينة المستجوبة حيث ان الاستجواب كان الكترونيا وتكون هذه الفئة العمرية الاكثر استعمالا للتكنولوجيا والوسائل الاكترونية

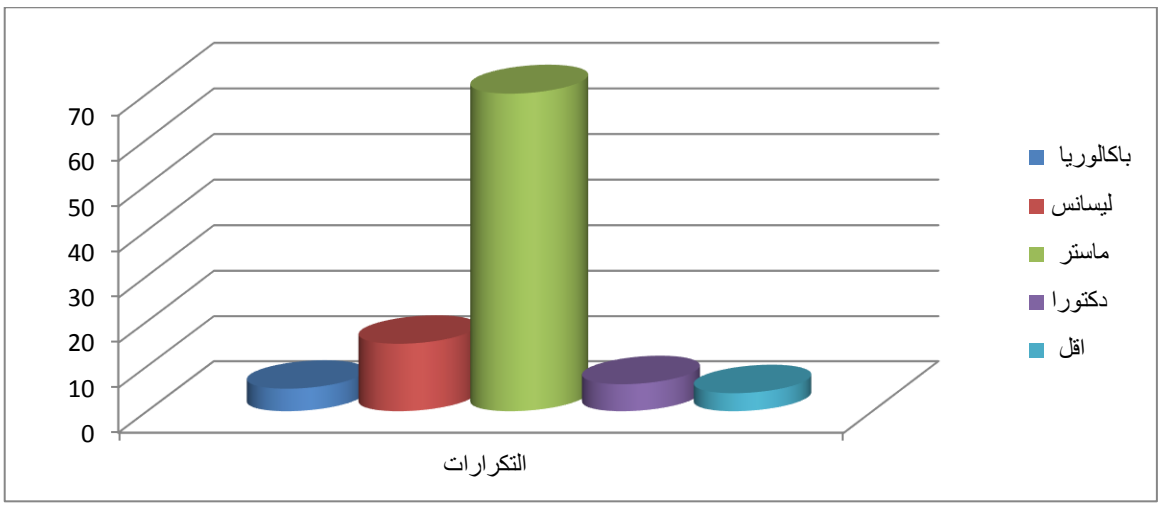
المستوى الدراسي

الجدول 06 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المستوى الدراسي

المتغير	التكرارات	النسبة
باكالوريا	5	%5
ليسانس	15	%15
ماستر	70	%70
دكتوراه	6	%6
اقل	4	%4

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

الشكل 11 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المستولى الدراسي



المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

بقراءة أولية لمعطيات الجدول أعلاه، الذي يوضح لنا توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المستوى الدراسي ، وقد تبين أن أغلبية عينة الدراسة حاصلة على شهادة ماستر بنسبة 70% أي ما يعادل 70 فردا من إجمالي أفراد العينة، تليهم عينة قدرت ب 15 فرادا حاصلين على شهادة ليسانس بنسبة15% أما العينة الحاصلة على دكتوراه فقد بلغت 6 أفراد من إجمالي العينة بنسبة 6% ثم الفئة

قبل الأخيرة الحاصلة على باكالوريا بعدد 5 أفراد بنسبة 5% اما فئة المستوى الاقل فقد قدرت ب4 افراد اي نسبة 4%

يمكن أن نفسر أغلبية عينة الدراسة حاصلة على شهادة ماستر ويعود ذلك إلى طبيعة العينة المستجوبة حيث ان الاستجواب كان الكترونيا وتكون هذه الفئة العمرية الاكثر استعمالا للتكنولوجيا والوسائل الاكترونية والاكثر اهتماما كونها الفئة حديثة التخرج وتهتم بهذه المواضيع

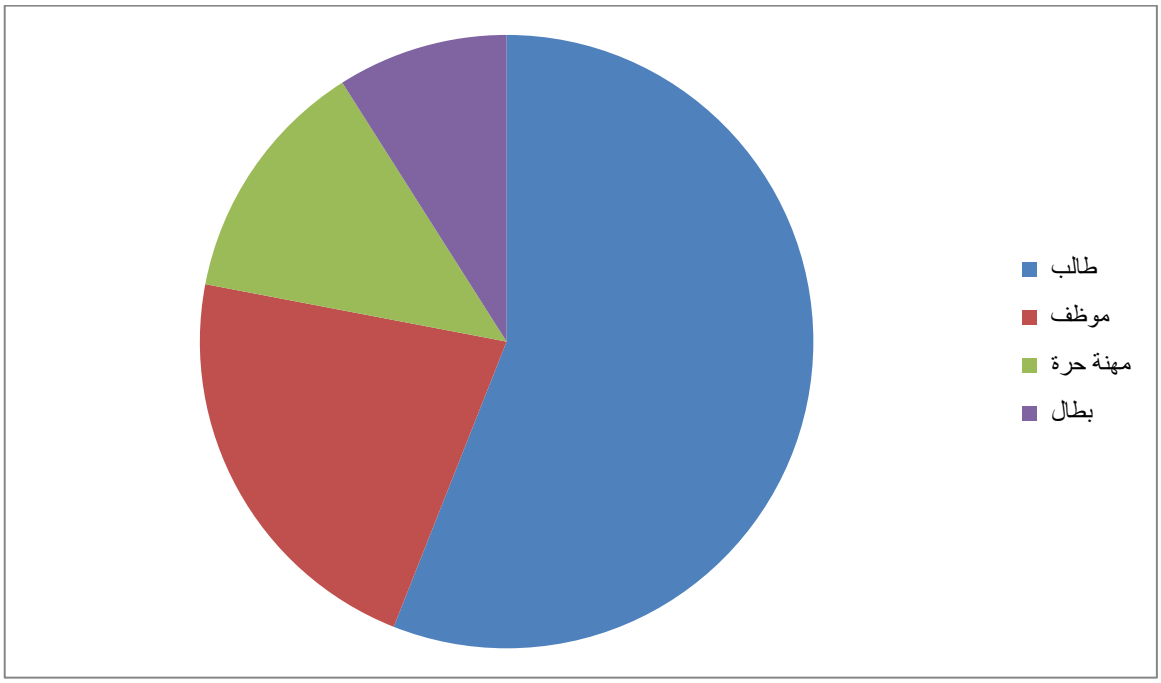
المهنة الممارسة

الجدول 07 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المهنة الممارسة

المتغير	التكرارات	النسبة
طالب	56	%56
موظف	22	%22
مهنة حرة	13	%13
بطال	9	%9

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

الشكل 12 توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المهنة الممارسة



المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

بقراءة أولية لمعطيات الجدول أعلاه، الذي يوضح لنا توزيع إجابات أفراد عينة الدراسة على متغير المهنة الدراسية ، وقد تبين أن أغلبية عينة الدراسة هم طلاب بنسبة % 56 أي ما يعادل 56 فردا من إجمالي أفراد العينة، تليهم عينة قدرت ب 22 فرادا حاصلين على شهادة ليسانس بنسبة 22% أما العينة التي تمارس المهنة الحرة فقد بلغت 13 أفراد من إجمالي العينة بنسبة 13% ثم الفئة قبل الأخيرة البطالين بعدد 9 أفراد بنسبة 9%

يمكن أن نفسر أغلبية عينة الدراسة حاصلة على شهادة ماستر وهذا ما يعمي انهم من الطلاب ويعود ذلك إلى طبيعة العينة المستجوبة حيث ان الاستجواب كان الكترونيا وتكون هذه الفئة العمرية الاكثر استعمالا للتكنولوجيا والوسائل الاكترونية والاكثر اهتماما كونها الفئة حديثة التخرج وتهتم بهذه المواضيع

المطلب الثاني: عرض وتحليل إجابات المحورين الثاني والثالث

تحقيقا لأهداف الدراسة لمعرفة دور النظام التعاقدي في تقليل تكلفة العلاج ، دراسة حالة: الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعملاء الاجراء ، أستعرض في هذا الجزء التحليلي الإحصائي لنتائج إجابات أفراد عينة الدراسة للمتغيرات المعتمدة، وذلك بعرض المؤشرات الإحصائية الأولية لإجابتهم بالاعتماد على التكرارات ودرجة الأهمية النسبية لإجابات أفراد العينة

المحور الثاني التغطية الاجتماعية للعينة (الحالة الصحية والتامينات الاجتماعية)

الجدول 08 الاجابات على السؤال الاول من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
القطاع العام	54	%65.9
القطاع الخاص	28	%34.1

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال هل تتلقى العلاج في القطاع العام او الخاص كانت انهم يتلقون العلاج في القطاع العام بنسبة 65.9% ويرجع ذلك طبيعة مجانية نفقات العلاج في القطاع العام

الجدول 09 الاجابات على السؤال الثاني من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
لا	83	%83.9
نعم	17	%17

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال هل تعاني من مرض مزمن يستلزم علاج دوري كانت اغلبية الاجابات بلا بنسبة 83بالمئة ويرجع ذلك الى ان اغلبية الافراد من الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 20 و35 سنة وهي فئة شبابية قليلا ما تعاني من امراض مزمنة

الجدول 10 الاجابات على السؤال الثالث من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
نعم	51	%62.2
لا	31	%37.8

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال هل يمنعك ارتفاع النفقات من الاقبال على العلاج كانت اغلبية الاجابات بنعم بنسبة 62.2 بالمئة فالاقبال على تلقي العلاج عند الختصين يكلف مبالغ مالية تعتبر مرتفعة بعض الشيئ بنسبة للافراد وكذا تكلفة الادوية والتحاليل وغيرها وهذا ما يفسر هذه الاجابات في حين يرى البعض ان العلاج امر مهم ويجب تلقيه مهما كانت التكلفة وتقدر نسبة هذه الفئة ب37.8 بالمئة

الجدول 11 الاجابات على السؤال الرابع من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
نعم	76	%76
لا	24	%24

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال هل تنخرط في احد صناديق الضمان الاجتماعي كانت اغلبية الاجابات نعم بنسبة 76 بالمئة ويرجع ذلك الى ان اغلبية الافراد في العينة من الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 20 و35 سنة وهي فئة الطلاب والموظفين وكلاهما منخرطون في الصندوق الوطني للتامين الاجتماعي للعمال الاجراء

الجدول 12 الاجابات على السؤال الخامس من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
CNAS	58	%58
CASNOS	23	%23
لا اتمتع بتغطية	18	%18

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال ما هو صندوق الضمان الاجتماعي الذي تنتمي اليه كانت اغلبية الاجابات بنسبة 58بالمئة انهم ينتمون الى الصندوق الوطني للعمال الاجراء ويرجع ذلك الى ان اغلبية الافراد من الفئة العمرية التي تتراوح ما بين 20 و35 سنة وهي فئة الطلاب والموظفين و23 بالمئة تنتمي الى الصندوق الغير الاجراء وهي فئة ممارسي المهن الحرة اما 18 بالمئة منهم فلا تتمتع باي تغطية

الجدول 13 الاجابة على السؤال السادس من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
%80	69	%69
%100	23	%23

لا اتمتع بتغطية	8	%8

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال ما هي نسبة التغطية التي تتمتع بها كانت اغلبية الاجابات بنسبة 69بالمئة كانت تغطية بنسبة 80% ويرجع ذلك الى ان اغلبية افراد العينة لا يعانون من امراض مزمنة وكانت هناك اجابات بنسبة 28% تتمتع بتغطية 100 % وهي الفئة التي تعاني من امراض مزمنة او تتمتع بتغطية تكميلية

الجدول 14 الاجابة على السؤال السابع من المحور الثاني

تعددت اجابات افراد العينة على عبارة سؤال ما هو عدد الوصفات الطبية المسموح لك استعمالها في السنة بين 12 وصفة سنويا وهو بمعدل 3 وصفات كل شهر وهو ما يتمتع بها الذين يتمتعون بتغطية قدرها 80 بالمئة وبين لامحدودة وهم فئة الامراض المزمنة والمعوقين وغيرهم الذين يتمتعون بتغطية كاملة

الجدول 15 الاجابة على السؤال الثامن من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	**النسبة**
اجتماعية	49	%49
تكميلية	30	30%
لا اتمتع بتغطية	15	%15

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية اجابات افراد العينة على عبارة سؤال ما هو نوع التغطية الاجتماعية التي تتمتع بها كانت اغلبية الاجابات بنسبة 49بالمئة كانت اجتماعية ويرجع ذلك الى ان

اغلبية افراد العينة لا يعانون من امراض مزمنة وكانت هناك اجابات بنسبة 30% تتمتع بتغطية تكميلية وهي الفئة التي تعاني من امراض مزمنة او فئة ذوي الدخل المرتفع من الموظفين ...

المحور الثالث النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي وقطاع الصحة ودوره في تقليل نفقات العلاج

الجدول 16 الاجابة على عبارة السؤال الاول للمحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
لا	57	%57
نعم	41	%41

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان تباين اجابات افراد العينة حول السؤال المطروح هل تعرف عن وجود نظام تعاقدي يتيح لك الاستفادة من خدمات الصحة بتكلفة اقل فكانت اغلبية الاجابات لا تعلم بوجود هذا النظام بنسبة 57% ويرجع ذلك الى نقص الاعلام في القطاع الصحي وكانت هناك اجابات بنسبة 41% تعلم بوجود مثل هذا النظام وربما تستعمله ايضا وهذا ما سيتبين من خلال الاسئلة القادمة

الجدول 17 الاجابة على عبارة السؤال الثاني من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
التعريف الاول	55	%55.1
التعريف الثاني	37	%34.7
تعريف اخر	10	%10.2

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال الجدول اعلاه ان اغلبية افراد العينة يعرفون النظام التعاقدي على انه تعويض او دفع تكاليف العلاج من طرف صناديق الضمان الاجتماعي للمؤمن له اجتماعيا حسب نسبة التعويض بنسبة55.1 بالمئة من مجموع الافراد كما يعرفه 34.7 على انه عقد شراكة بين طرفين بغرض توفير حماية صحية للمؤمن له اجتماعيا دون دفع مسبق للتكاليف في حين فضل البعض تعريفه بشكل اخر

الجدول 18 الاجابة على السؤال الثالث من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
نعم	90	%91.8
لا	8	%8.2

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

يوضح الجدول أعلاه إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال الثالث ، حيث تبين أن إجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة الثالث من المحور الثاني كانت بإجماع للمبحوثين ب "نعم" أي إجماع ما يعادل 90 مبحوثا بنسبة 91.8% بأنهم يعتقدون ان النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي وقطاع الصحة يلعب دورا في تقليل تكلفة العلاج ، بينما 8 مبحوثين فقط ما نسبتهم 8.2% من إجمالي أفراد عينة البحث لا يعتقدون ذلك

الجدول 19 الاجابة على السؤال الرابع من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
لا	56	%42.9
نعم	42	%57.1

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

بالنسبة لإجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال السابع هل لديك تجربة في استخدام النظام التعاقدي ، فقد صرح 56 مبحوث بلا ليست لديهم تجربة وذلك كونهم لا يعلمون عن وجود هذا النظام اصلا كما بيناه في السؤال السابق أي بنسبة 42.9%، بينما 42 مبحوثين صرحوا ب نعم أي كانت لديهم تجربة في استخدام النظام التعاقدي للحصول على الخدمات

الجدول 20 الاجابة على السؤال الخامس من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	**النسبة**
طبيب عام	12	%12.2
طبيب خاص	6	%7.3
مستشفى عام	10	%7.3
مستشفى خاص	20	%14.6
صيدلي	8	%9.8
لم تكن لدي تجربة	26	%48.8

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

اغلبية افراد العينة لم تكن لديهم تجربة بنسبة 48.8 بالمئة تليها نسبة الاشخاص الذين كانت لديهم تجربة في المستشفيات الخاصة بنسبة تقدر ب 14.6 بالمئة وذلك كون المستشفيات الخاصة في الجزائر اكثر استعمالا للنظام التعاقدي ثم نسبة الافراد الذين جربوا النظام التعاقدي مع المستشفيات والاطباء العامين بنسب على الترتيب 7.3 بالمئة و12.2 بالمئة واخيرا الاطباء الخاصين والصيادلة

الجدول 21 الاجابة على السؤال السادس من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
نعم	36	%36.7
لا	9	%9.2
لم تكن لدي تجربة	53	%54.1

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

نلاحظ من خلال اجابات السؤال السادس من المحور الثاني الذي يدرس لنا مدى رضى الافراد عن تجربتهم في استعمال النظام التعاقدي للحصول على الخدمات الصحية ان الاغلبية كما كان موضحا في السؤال السابق لم تكن لديهم تجربة بنسبة 54.1 بلمئة في حين الدين جربو اجمعو على رضاهم بهذا النظام بنسبة 36.7 بالمئة اي ما يعادل 36 من افراد العينة ومن بينهم 9 فقط الذين لم يبدو رضاهم

الجدول 22 الاجابة على السؤال السابع من المحور الثاني

الاجابات	التكرارات	النسبة
المؤسسة الاستشفائية العامة	33	%38.4
المؤسسة الاستشفائية الخاصة	53	%61.6

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

يوضح الجدول اعلاه الاجابات على عبارة السؤال التالي حسب رايك الشخصي ايهما اكثر فعالية التعاقد مع المؤسسات الاستشفائية العمومية او المؤسسة الاستشفائية في القطاع الخاص كانت نسبة الاجابات على هذا السؤال تتوجه نحو القطاع الخاص بنسبة 61.1 بالمئة وذلك يرجع لفعاليته في التعاملات ومن ناحية الخدمات وتسريع الاجراءات في حين راى 33 فرا من افراد العينة انه سيكون اكثر فعالية في المؤسسة العمومية

الجدول 23 الاجابة على السؤال الثامن للمحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
جودة الخدمات	47	%47
تعويض النفقات	48	%48

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

كان هناك تقريبا تكافؤ بين من يرى ان فعالية النظام التعاقدي تكون من ناحية تعويض النفقات ومن يرى انها تكون من ناحية تحسين جودة الخدمات بنسبتي 48 بالمئة و47 بالمئة على الترتيب ويكون ذلك حسب القطاع عام او خاص

الجدول 24الاجابة على السؤال التاسع للمحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
نعم	43	%44.3
لا	14	%14.4
لم تكن لدي تجربة	40	%41.2

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

بالنسبة لإجابات أفراد عينة الدراسة على عبارة السؤال السابع هل تعتقد ان النظام التعاقدي يتيح ميزة الشفافية في المصاريف وتكلفة العلاج حسب تجربتك الخاصة ، فقد صرح 43 مبحوث بنعم النظام التعاقدي يتيح ميزة الشفافية في المصاريف وتكلفة العلاج أي بنسبة 46%، بينما 14مبحوثين صرحوا ب "لا" اعتقد ان النظام التعاقدي يتيح ميزة الشفافية في المصاريف وتكلفة العلاج حسب تجربتي و40 شخصا صرحوا بانه لم تكن لديهم تجربة

الاجابة على السؤال العاشر للمحور الثاني

الاجابات على عبارة السؤال العاشر هل تواجهون صعوبات في استعمال النظام التعاقدي للحصول على الخدمات الصحية اذكرها كانت متباينة ولكن اغلبيتهم اجمعو على ان صعوبات النظام التعاقدي تتمثل في مشاكل وعراقيل على مستوى مكب الدخول او عراقيل في تقديم الوثائق الادارية انعدام الشفافية عراقيل في مكتب دخول صعوبة التعامل معهم لا يوجد معلومات كافية عدم التعريف بوجود هذا النظام ضيق الوقت المحدد لدفع الوصفة لتعويض تكاليف العلاج الضمان الإجتماعي هي الإدارة التي تسبب مشكل في تسيير شؤون المؤمن عدم شفافية الاسعار عدد الوصفات الطبية القابلة للتعويض في الصيدلية في ثلاثة أشهر. مراجعة السعر المرجعي للأدوية. إعادة النظر في بعض الأوية الغير قابلة للتعويض عدم الإستفادة من الامتيازات الحمامات المعدنية قلة عدد الوصفات المعوضة من الصيدلية في ثلاثة أشهر وغيرها من المشاكل التي وجب العمل على حلها اضافة الى بعض الاشخاص الذين لم تن لديهم صعوبات اطلاقا في استعماله

الجدول 25 اجابات السؤال الحادي عشر من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	**النسبة**
نعم	40	%40.8
لا	16	%16.3
ليس كثيرا	42	%42.9

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

الاجابات على عبارة السؤال الحادي عشر هل لاحظتم تحسينا في جودة الخدمات الصحية عند استخدام النظام التعاقدي كانت متباينة بين من يقول لي كثيرا بنسبة 42.9 بالمئة ومن يقول نعم هناك

تحسين بنسبة 40.8 بالمئة .16 فردا من العينة صرح بعدم وجود اي تحسين في جودة الخدمات الصحية عند استخدام النظام التعاقدي

الجدول 26 اجابة السؤال 12 من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
نعم	78	%90.1
لا	18	%4.9

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

اغلبية العينة تؤيد فكرة تقديم الخدمات الصحية عبر نظام تعاقدي يجمع بين القطاع العام و الخاص لتقليل تكلفة العلاج بنسبة 90.1 بالمئة فقط 18 فردا لا يؤيد فكرة تقديم الخدمات الصحية عبر نظام تعاقدي يجمع بين القطاع العام و الخاص

الاجابة على السؤال 13 من المحور الثالث

الاجابات	التكرارات	النسبة
زيادة الشفافية في التكاليف والاسعار	55	%90.1
تشجيع المنافسة بين مقدمي الرعاية الصحية	30	%36.6
تحسين ادارة الادوية والتكنولوجيا الطبية	34	41.5%
تعزيز استخدام التكنولوجيا لتحسين الكفاءة وتوفير التكاليف	41	50%
توفير العلاج المبني على الادلة	31	%37.8

العلمية والنتائج السريرية		

المصدر من اعداد الطالبة اعتمادا على مخرجات EXCEL

تباينت اجوبة السؤال 12 ولكن اجمع اغلبية افراد العينة على ان زيادة الشفافية في التكاليف والاسعار هي احد اهم العوامل التي يجب مراعاتها عند تنفيذ النظام التعاقدي لتقليل تكاليف العلاج بنسبة 90.1 بالمئة ثم تعزيز استخدام التكنولوجيا لتحسين الكفاءة في توفير التكاليف بنسبة 50 بالمئة وليها العوامل الاخرى بنسب متفاوتة

اجابات السؤال 13 من المحور الثاني

كانت اجابات السؤال الاخير هل تعتقد ان هناك تحسينات يمكن اجراؤها على النظام التعاقدي لزيادة فعاليته في تقليل تكلفة العلاج، اذكرها ثرية بعدة حلول نذكر منها

طوير بطاقه الشفاء لتشمل الملف الطبي الكامل للفرد ويتصرف بها في كل المعاملات المالية والإدارية والطبية

تعويض مئة بالمئة ، عدد اكثر من الوصفات في السنة

تسهيل الانخراط في هذا التعاقد

جعل الوثائق و التكاليف اكثر شفافية

تكوين الموظفيه في مكتب الدخول

تسريع الوثائق الادارية

لا بد من توفير خصومات في ادوية مزمنة خاصة

كل ماكان التنافس بين المؤسسات التي تقدم خدمات زادت نسبة الجودة في ارضاء المواطن وهو ماينعكس بالايجاب على صحة المواطن

تعويض الادوية الخاصة بأمراض المزمنة و المعوقين

تحسين نوعية الخدمات الصحية و توفير مختلف وسائل التشخيص الطبي

صول المريض على فاتورة علاجه ليعرف قيمة ما يتلقى من خدمات

نظام التعويض بالنتائج والمردودية بالنسبة العمال

تحول المؤسسات الصحية الى مؤسسات اقتصادية منتجة للخدمة الصحية

تصنيف كل الخدمات الصحية codification وتحديد تكلفتها وتوحيدها بين للقطاعين العام و الخاص

المبحث الثالث: مناقشة الفرضيات على ضوء النتائج

المطلب الاول التذكير بالفرضيات

الفرضية الاولى يقلل النظام التعاقدي من نفقات العلاج من خلال تغطية نسب معينة من تكاليف العلاج وفق العقد المبرم وبتالي تقليص العبء على المؤسسة الصحية

الفرضية الثانية النظام التعاقدي هو اداة استراتيجية لتطبيق السياسة الصحية الوطنية لتوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات من كل اطراف الجهات الفاعلة وبالتالي ترشيد النفقات

المطلب الثاني مناقشة الفرضيات

الفرضية الاولى

تعتبر النظم التعاقدية وسيلة فعالة لتقليل نفقات العلاج وتخفيف العبء على المؤسسات الصحية. يتم ذلك من خلال تغطية نسب معينة من تكاليف العلاج وفق العقود المبرمة بين المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات الطبية. يساهم هذا النظام في تعزيز التكاليف المالية المستدامة للمؤسسات الصحية وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. وهذا ما تم توضيحه من خلال الدراسة وتتفسيره ببيانات السؤال 12 من المحور الثاني

أحد الآثار الإيجابية للنظام التعاقدي هو توفير الشفافية والتنظيم في تكاليف العلاج. من خلال تحديد نسب معينة من التكاليف التي يتعين تغطيتها بموجب العقد، يتم توجيه المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات الطبية لاتخاذ قرارات مالية استباقية ومدروسة. يعمل هذا على تحقيق التكاليف الفعلية للعلاج وتقليل الهدر المالي المرتبط بالإجراءات غير الضرورية أو العلاج غير الفعال. كذلك تم توضيخ هذه الفكرة من خلال الدراسة الميدانية بالإضافة إلى ذلك، يؤدي النظام التعاقدي إلى تحسين التخطيط والإدارة الصحية. عندما تتوصل المؤسسة الصحية إلى عقود تعاقدية مستدامة مع مقدمي الخدمات الطبية، يمكنها توجيه مواردها وتوزيعها بشكل أكثر فعالية. يمكن للمؤسسة الصحية أن تخطط لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وتوفير العناية المناسبة للمرضى، دون تأثير سلبي على ميزانيتها.

ومن الجدير بالذكر أن النظام التعاقدي يشجع على تحسين جودة الرعاية الصحية. بموجب العقود التعاقدية، يتعين على مقدمي الخدمات الطبية الالتزام بمعايير محددة للجودة والأداء. تتم مراقبة وتقييم الأداء المهني وتحقيق المعايير الطبية المتفق عليها، مما يؤدي إلى تحسين مستوى الرعاية الصحية وتقديم خدمات طبية أكثر كفاءة وفاعلية.

بالنظر إلى هذه النقاط، يمكن الاستنتاج بأن النظام التعاقدي يسهم في تقليل نفقات العلاج وتخفيف العبء على المؤسسات الصحية من خلال تغطية نسب معينة من تكاليف العلاج وفق العقد المبرم. يعزز هذا النظام الشفافية والتنظيم في التكاليف المالية، ويسهم في تحسين التخطيط والإدارة الصحية، بالإضافة إلى تحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى وبالتالي فالفرضية الاولى صحيحة ويمكننا تبنيها

الفرضية الثانية

تطبيق السياسة الصحية الوطنية: يمكن أن يعزز النظام التعاقدي تنفيذ السياسة الصحية الوطنية. عندما يتم تطبيق النظام التعاقدي بشكل صحيح وفقًا للأهداف والمبادئ الصحية المحددة في السياسة الصحية الوطنية، يتم تعزيز التعاون والتنسيق بين المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات الطبية لتحقيق أهداف السياسة.

توسيع نطاق تقاسم المسؤوليات: يمكن أن يعزز النظام التعاقدي توسيع نطاق تقاسم المسؤوليات بين الأطراف المعنية، مثل المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات الطبية والمرضى. من خلال عقود التعاقد، يتم تحديد المسؤوليات والتزامات كل طرف، ويتم تحقيق التنسيق والتعاون في تقديم الرعاية الصحية.

ترشيد النفقات: يمكن للنظام التعاقدي أن يساهم في ترشيد النفقات الصحية من خلال ضبط وتحديد النفقات وفقًا للعقود التعاقدية. يتم تحديد النسب المسموح بها لتغطية تكاليف العلاج، مما يساهم في ضبط التكاليف والحد من الهدر المالي في النظام الصحي.

تعزيز الشفافية والمساءلة: يمكن للنظام التعاقدي أن يعزز الشفافية والمساءلة في استخدام الموارد الصحية والنفقات. من خلال العقود التعاقدية وتحديد المسؤوليات والتزامات الأطراف، يتم تعزيز الشفافية في التعاملات المالية وتوجيه المساءلة بين الأطراف المتعاقدة.

التحديات والضوابط: يجب أخذ التحديات والضوابط في الاعتبار عند تبني النظام التعاقدي. قد تشمل هذه التحديات ضمان توافر خيارات علاجية متنوعة للمرضى وضمان عدالة وتكافؤ الوصول إلى الخدمات الصحية

خاتمة

الخاتمة

ان النظام التعاقدي يمثل أداة استراتيجية فعالة لتطبيق السياسة الصحية الوطنية وتحقيق توسيع نطاق تقاسم المسؤوليات وترشيد النفقات في القطاع الصحي. توضح المذكرة أهمية تغطية نسب معينة من تكاليف العلاج وفق العقود التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات الطبية.

تشير النتائج والمناقشة في المذكرة إلى أن النظام التعاقدي يسهم في تعزيز التكاليف المالية المستدامة للمؤسسات الصحية وتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى. يساهم النظام في تحقيق الشفافية والتنظيم في التكاليف، ويساهم في تحسين التخطيط والإدارة الصحية. كما يشجع النظام على تحسين جودة الرعاية الصحية والالتزام بالمعايير المهنية.

ومع ذلك، يجب أن يتم التعامل مع التحديات المحتملة لتنفيذ النظام التعاقدي، مثل ضمان توافر الخدمات الصحية المتنوعة وتحقيق عدالة الوصول إلى الرعاية الصحية.

بناءً على ذلك، يُوصى بأن يتم تبني النظام التعاقدي كأداة استراتيجية لتحقيق السياسة الصحية الوطنية وتحقيق التوازن بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية. ينبغي أيضًا إجراء مزيد من البحوث والدراسات لتقييم تأثير النظام التعاقدي على النظام الصحي بشكل شامل وتحسين أدائه بما يتوافق مع الاحتياجات المحلية والتحديات القائمة ولتعزيز تطبيقه وتحسين صور تجسيده نقترح تطبيق النقاط التالية حتى يكون تطبيقه اكثر فعالية وتكون النتائج المرجوة قيمة اكثر

- ✓ تقييم النتائج: يمكن إجراء تقييم شامل للنتائج المحققة من تطبيق النظام التعاقدي. يمكن دراسة تأثيره على تكاليف العلاج ومدى ترشيد النفقات، وأيضًا تحليل تأثيره على جودة الرعاية الصحية، مثل الوقاية والتشخيص المبكر ومتابعة العلاج وتحسين نتائج المرضى.

- ✓ تجارب دولية: يمكن استكشاف تجارب الدول الأخرى في تطبيق النظام التعاقدي وتحليل النتائج والتحديات التي واجهتها. يمكن استخلاص الدروس المستفادة وتطبيقها على السياق المحلي.
- ✓ آليات التحفيز: يمكن دراسة الآليات والتحفيزات المستخدمة لتعزيز تنفيذ النظام التعاقدي وتحقيق أهدافه. قد تشمل ذلك تطوير نماذج تحفيزية للمؤسسات الصحية ومقدمي الخدمات الطبية، مثل الحوافز المالية أو الحوافز المهنية.
- ✓ التأثير على المرضى: يمكن أيضًا دراسة تأثير النظام التعاقدي على تجربة المرضى ومدى رضاهم عن الرعاية الصحية المقدمة. يمكن استطلاع آراء المرضى وتحليل بيانات رضاهم وتجربتهم لقياس الأثر الإيجابي والسلبي للنظام التعاقدي عليهم.
- ✓ السياسات والتوجيهات: ينبغي أيضًا دراسة السياسات والتوجيهات المتعلقة بتطبيق النظام التعاقدي وتقييم فعالية وملاءمة هذه السياسات لتحقيق الأهداف المرجوة

قائمة المراجع

القوانين والمراسيم

- ✓ مرسوم رائسي رقم 242/20 مؤرخ في 30 ديسمبر 2020 ،يتعلق بإصدار التعديل الدستوري، جريدة رسمية العدد 82 مؤرخة في 30 /2020/12.
- ✓ القانون 11/18 المتعلق بالصحة، مؤرخ ي02 يوليو 2018 ،جريدة رسمية عدد 46 لسنة 2018
- ✓ القانون 11/83 المؤرخ يف 2 يوليو 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، جريدة رسمية العدد 28 لسنة 1983 ،المعدل ولمتمم بموجب القانون 01/08 المؤرخ يفت 23 يناير 2008 ،جريدة رسمية العدد 04 ،لسنة 2008.
- ✓ المرسوم التنفيذي 218/07 مؤرخ يف 10 يوليو 2007 حي حدد شروط وكيفيات التكفل بصاريف النقل الصحي وتسعريات تعويضها من قبل هيئات الضمان االجتماعي، جريدة رسمية العدد 46 لسنة 2007.
- ✓ المرسوم التنفيذي 396/09 المؤرخ يف 24 نوفمبر 2009 ،حدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات، جريدة رسمية العدد 70 لسنة 2009.
- ✓ المرسوم التنفيذي 116/09 ،المؤرخ يف 07 أبريل 2009 يتضمم ن الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، جريدة رسمية العدد 23 لسنة 2009.
- ✓ المرسوم التنفيذي 159/12 مؤرخ يف أبريل 2012 يتضمن الاتفاقية النموذجية بني هيئات الضمان الاجتماعي والبصارتين النظارتين، جريدة رسمية العدد 20 لسنة 2212.

- ✓ المرسوم التنفيذي 367/14 مؤرخ يف 15 ديسمبر 2014 حدد الاتفاقية النموذجية بني هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها القيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، جريدة رسمية العدد 75 لسنة 2014.
- ✓ المرسوم التنفيذي 11/15 مؤرخ يفت 14 يناير 2015 ،حدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بني هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة، جريدة رسمية العدد 04 لسنة 2015.
- ✓ المرسوم التنفيذي 07/92 مؤرخ يف 04 يناير 1992 ،يتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري لها ، جريدة رسمية العدد 2 لسنة 1992

المقالات والمذكرات

- ✓ نور الدين حاروش، النهج التعاقدي في القطاع الصحي كأسلوب تسيير لترشيد النفقات وجودة الخدمات، مؤلف جماعي بعنوان السياسية الصحية في الجزائر، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، منشورات دار الديب، السداسي الثاني، 2018.
- ✓ عبد الله قادية، الحق في الصحة في قانون الضمان الاجتماعي، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، منشورات دار الأديب، السداسي الثاني، 2018.
- ✓ عباوي نجاة، الحماية الجزائية لبطاقة الشفاء الإلكترونية، جملة الحقيقة العدد 41 ،2014.
- ✓ سكيل رقية، تكييف المنظومة التشريعية مع عصرنة منظومة الضمان الاجتماعي، الإطار القانوني للبطاقة الإلكترونية الشفاء.
- ✓ مامونى فاطمة الزهراء، واقع الضمان الاجتماعي في الجزائر والآفاق حنو تعزيز الحماية الاجتماعية

- ✓ المستدامة، حوليات جامعة الجزائر 1 العدد 33 الجزء الرابع، ديسمبر 2019.
- ✓ خلاصي عبد الاله اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية بعنوان العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر
- ✓ دراسه عدمان مريزق سنه 2006 بعنوان اشكاليه تمويل النظام الصحي في الجزائر واليات التحكم فيه
- ✓ لحنافي فاطمة 2017 النظام التعاقدي كالية لتحقيق النوعية في قانون التامينات الاجتماعية مجلة قانون العمل والتشغيل العدد الرابع جوان 2017
- ✓ حسّن عبد اللطّف حمدان، الضمان الاجتماعي أحكامه وتطبيقاته، دراسة تحليلية شاملة، منشورات الحلبَي الحقوقّية، 2003
- ✓ عبد القادر ارفّيس،2017/2016 ،أثر نظام الضمان الاجتماعي على الاقتصاد الوطني، دراسة حالة الصندوق الوطنَ للتأمّينات الاجتماعّية لغيّر الاجراء وكالة المسّيلة، مذكرة الماستر فَي العلوم السّاسّة تخصص سّياسات عامة والتنمّية، جامعة زّيان عاشور الجلفة
- ✓ أوهاب كنزة، بولّيلة كرّيمة: 2013_2014 :تحصيل االشتراكات في مجال الضمان الاجتماعي، مذكرة ماستر فَي القانون، تخصص القانون الاجتماعً، جامعة مولود معمري تّيزي وزو
- ✓ حمو يعيش عبد القادر,عقيدي عبد المنعم ,اثر اشتراكات التامين الاجتماعي على التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي بالجزائر مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تحصص مالية المؤسسة جامعة احمد دارية ادرار
- ✓ سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010 ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 2010

✓ سهام حرفوش علي بايزيد، اسباب تطور النفقات الصحيه في الجزائر خلال الفتره (2000-2012)،مداخله في اطار الملتقى الدولي حول سياسات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر الواقع والافاق جامعه المسيله 24/ 25 نوفمبر 2015

الملخص

هدف هذه المذكرة دراسة دور النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي والقطاع الصحي في تقليل نفقات العلاج. اذ يعد النظام التعاقدي نموذجًا تأمينيًا يهدف إلى تقديم الرعاية الصحية للمشتركين وتغطية تكاليف العلاج. وقد قمنا بتحليل أثر النظام التعاقدي في تقليل النفقات الطبية من خلال عدة جوانب في البداية، قمنا باستعراض أهمية النظام التعاقدي في توفير الحماية المالية للمشتركين وتغطية تكاليف العلاج و دراسة آليات التمويل التي يستخدمها النظام التعاقدي، مثل اشتراكات المشتركين والمساهمات من الحكومة أو أصحاب العمل. قمنا بتحليل أثر النظام التعاقدي في تحقيق الكفاءة الاقتصادية من خلال تحقيق توازن بين التكاليف والفوائد المقدمة. يتم استعراض الآليات المختلفة التي يتم بها التحكم في تكاليف العلاج، مثل اتفاقيات الدفع المسبق وتحديد قائمة الخدمات المغطاة. واستنتجنا ان النظام التعاقدي يلعب دور في تحسين الجودة والتنافسية في قطاع الرعاية الصحية كما يمكن للنظام التعاقدي تشجيع المزودين على تقديم خدمات ذات جودة عالية وتحسين العمليات الداخلية لتحقيق أفضل نتائج صحية للمشتركين

الكلمات المفتاحية التامينات الاجتماعية , الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي, الخدمات الصحية ,النظام التعاقدي, التعاقد ,الصندوق الوطني للعمال الاجراء

Summary

The aim of this dissertation is to study the role of the contractual system between social security institutions and the healthcare sector in reducing treatment expenses. The contractual system is an insurance model that aims to provide healthcare to subscribers and cover treatment costs. We have analyzed the impact of the contractual system in reducing medical expenses from various aspects .Firstly, we have reviewed the importance of the contractual system in providing financial protection to subscribers and covering treatment costs. We have studied the financing mechanisms used by the contractual system, such as subscriber contributions and contributions from the government or employers. We have analyzed the impact of the contractual system in achieving economic efficiency by balancing costs and provided benefits. Various mechanisms to control treatment costs, such as prepayment agreements and determining the list of covered services, have been examined. Our findings suggest that the contractual system plays a role in improving the quality and competitiveness of the healthcare sector. It can encourage providers to deliver high-quality services and improve internal processes to achieve better health outcomes for subscribers.