الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

المدرسة العليا لإدارة الأعمال – تلمسان–

مذكرة:

تخرج لنيل شهادة الماستر الأكاديمي في علوم التسيير

التخصص: إدارة الخدمات الصحية

بعنوان:

النظام التعاقدي كآلية لتحسين الخدمات الصحية (مثال: تعاقد التوليد في المؤسسات الاستشفائية الخاصة) –دراسة حالة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي جيجل ومصحة الشفاء للطب والجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد الطاهير–جيجل.

من إعداد الطالبتين:

بورورو هاجر **بوتاعة شهرزاد**

تاريخ المناقشة: 2023/06/20

لجنة المناقشة:

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	الصفة
تاج مزيان	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
عثماني حبيب	أستاذ محاضر –أ–	مشرف
قارة تركي أسيا	أستاذ التعليم العالي	ممتحنة

السنة الجامعية: 2023/2022

الشكر والتقدير

قال رسول الله –صلى الله عليه وسلم-" من لا يشكر الناس لا يشكر الله"

أشكر في هذا الصدد الأستاذ المشرف: عثماني حبيب على كل نصائحه وتوجيهاته على طول فترة عمل هذه الدراسة، كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذ: بوكليخة ياسين على مساندته لنا في هذا أداء هذا العمل وإلى كافة كل موظفي صندوق الوطني للعمال الأجراء ولاية جيجل وعمال مصحة الشفاء الطاهير ولاية جيجل على توفير كل الظروف والمعلومات اللازمة لإنهاء هذا العمل.

إلى كل أستاذة المدرسة العليا لإدارة الأعمال تلمسان

والحمد لله من قبل وبعد كل شيء.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع

إلى أعز إنسانين على قلبي في الحياة

أمي وأبي –حفظهما الله ورعاهما–

إلى أخواتي وأخوتي

شهرزاد

إهداء

الحمد لله ما انتهى درب وما ختم جهد إلا بفضله، فالحمد لله الذي وفقني لتثمين هذه الخطوة من مسيرتي الدراسية

أهدي هذا العمل إلى أغلى وأعز ما أملك في الوجود إلى أمي وأبي

إلى أختي وسندي في الحياة "رجاء"

إلى مصدر سعادتي وقرة عيني أخي "منير"

إلى روح جدي وفقيد قلبي "عبد المجيد بورورو" رحمة الله عليه

إلى كل من أحبني بصدق وأحبهم قلبي

إلى شريكتي في هذا العمل "شهرزاد"

هاجر

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	عدد المستفيدات ومبالغ التغطية خلال فترة 2020/07/01-2020/12/31.	83
02	عدد المستفيدات ومبالغ التغطية خلال فترة 2021/01/01-2021/12/31.	86
03	عدد المستفيدات ومبالغ التغطية خلال فترة 2022/01/01-2022/12/31.	87
04	قيمة التعويض حسب كل نوع من أنواع الولادة.	95
05	الاستبيانات الموزعة على المجتمع.	97
06	مصدر كل فقرة في الاستبيان.	99
07	درجات سلم ليكرث المستخدم في الدراسة.	101
08	قيم معامل ألفا كرو لباخ وتفسير دلالتها.	103
09	اختبار ألفا كرو لباخ.	103
10	معامل الثبات الجزئي.	104
11	صدق الاتساق البنائي للاستبيان.	105
12	توزيع مجتمع الدراسة وفق متغير النوع.	106
13	توزيع مجتمع الدراسة حسب السن.	107
14	توزيع أفراد مجتمع حسب متغير المستوى التعليمي.	108
15	توزيع أفراد المجتمع حسب متغير التخصص العلمي.	110
16	إجابة فقرات الاستبيان ودلالتها.	111
17	نتائج تحليل إجابات أفراد المجتمع على عبارات التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.	112
18	نتائج تحليل إجابات أفراد المجتمع على عبارات ظروف التكفل بعمليات الولادة.	116

19	نتائج تحليل أفراد المجتمع على عبارات دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة.	122
20	تحليل نتائج الانحدار البسيط بين التعاقد ومعيار التكاليف.	125
21	تحليل نتائج الانحدار البسيط بين التعاقد ومعيار الجودة.	127
22	قيمة الارتباط بين التعاقد وظروف التكفل بعمليات الولادة.	128
23	تحليل نتائج الانحدار البسيط بين التعاقد وظروف التكفل بعمليات الولادة	128

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	الصفحة
01	مراحل إنشاء وتنفيذ العلاقة التعاقدية.	**18**
02	الهيكل التنظيمي لمصحة الشفاء.	**82**
03	عدد المستفيدات خلال الفترة 2020/07/01-2022/12/31.	**88**
04	الهيكل التنظيمي للصـــندوق الوطني للضـــمان الاجتماعي للعمال الأجراء -جيجل-.	**91**
05	تقديم متغيرات الدراسة.	**100**
06	تمثيل مجتمع الدراسة حسب متغير النوع.	**106**
07	تمثيل مجتمع الدراسة حسب السن.	**108**
08	تمثيل أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.	**109**
09	تمثيل أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير التخصص العلمي.	**110**

- **قائمة الملاحق:**

الرقم	العنوان	الصفحة
01	استمارة الاستبيان	**147**
02	إجراءات علاج طلب التكفل وجدولة فواتير الولادة.	**154**
03	نشاطات الولادة والأسعار الثابتة التي تشملها الاتفاقية	**157**
04	استمارة طلب الالتزام بالتكفل بالولادة.	**158**
05	التزام التكفل بالولادات في المؤسسات الاستشفائية الخاصة.	**159**
06	طلب تغيير نوع نشاط الولادة.	**160**
07	مخرجات spss	**161**

- **الفهرس:**

الموضوع	الصفحة
المقدمة العامة	أ-ح
الفصل الأول: النمط التعاقدي كآلية جديدة لتحسين النظام التعاقدي	**2**
المبحث الأول: تقديم مفاهيم الخدمات الصحية والنظام الصحي	**3**
المبحث الثاني: النمط التعاقدي	**15**
خلاصة الفصل	**36**
الفصل الثاني: العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي	**37**
المبحث الأول: تقديم القطاع الصحي الخاص	**39**
المبحث الثاني: الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التأمينات الاجتماعية	**52**
خلاصة الفصل	**77**
الفصل الثالث: التعاقد بين صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ومصحة الشفاء.	**78**
المبحث الأول: التعريف بمؤسسات الاستقبال	**79**
المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدارسة الميدانية، عرض النتائج وتحليلها	**96**
خلاصة الفصل	**130**
الخاتمة العامة	**132**
المراجع	**136**
الملاحق	**146**
فهرس المحتويات	**179**
الملخص	**181**

المقدمة العامة

المقدمة:

تمهيد:

الصـــحة هي حالة من اكتمال الســـلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً وليس مجرد انعدام المرض أو العجز، والتمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة الســياســية أو الحالة الاقتصــادية أو الاجتماعية، انطلاقا من هذا تقوم الرعاية الصــحية وهي مجموع الخدمات والمؤسسات العامة والخاصة التي توفرها الدول للعناية بصحة المواطنين وتشمل المستشفيات العيادات الصيدليات، الأطباء، الممرضين...وهذا ما يتمثل مجملا فيما يعرف بالنظام الصحي الذي تسعى العديد من الدول إلى إصلاحه و الارتقاء به من أجل تحسين و تطوير الخدمات الصحية المقدمة و ضمان جودتها العالية، وهذا ما يشهده النظام الحي الجزائري هذا الأخير الذي يتميز بسيطرة و هيمنة القطاع العمومي لمدة طويلة، غير أن الأمر اختلف تماشــيا مع تغير النظام الســياســي و الاقتصــادي و الاجتماع الســائد حيث تم فتح المجال أمام القطاع الخاص و السماح له بالمشاركة في تقديم مختلف الخدمات الصحية بهدف تحقيق التعاون و التكامل مع القطاع العمومي، كما و يتميز هذا النظام بالكثير من النقائص والاختلالات كان سببها الأساسي سوء التسيير والتنظيم على مستوى مختلف الهياكل الصــحية فبالرغم من تزايد عدد الهياكل الصــحية بداية من ســنة 2008، والموارد المالية الضخمة التي تنفق على هذا القطاع، إلا أن مستويات الخدمات الصحية تبقى دون المستوى المطلوب، لهذا فقد ارتأت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وضع جملة من الإصلاحات والتي كان أساسها هو النظام التعاقدي حيث تم اقتراحه في ســـنة 1992 في إطار عقلنة التكاليف وتحســـين نوعية الخدمة و تحقيق الشفافية و النجاعة في إطار الضمان الاجتماعي و الصــحة خاصــة من ناحية التسيير و التمويل، وقد ارتكز تطبيقه المؤسسات الصحية العمومية بهدف استبدال نظام التمويل الجزافي و ترشيد النفقات الصحية ورغم كل المجهودات المبذولة فقد بقيت السلطات عاجزة عن تطبيقه في هذا النوع من المؤسسات، لهذا فقد عملت الدولة على انعاش هذا النمط من خلال ادراجه في القطاع الخاص أين لقي نجاحه من خلال عقد عدة اتفاقيات بين هيئات الضمان الاجتماعي ومقدمي العلاج و الخدمات الصحية والمؤسسات الاستشفائية الخاصة منها: اتفاقية

التكفل بمرضـى القلب والشرايين سنة 2015 وامراض الكلى، أما الأخيرة فتمثلت في اتفاقية التكفل بعمليات الولادة للمؤمنات اجتماعيا في 2020/03/14.

إشكالية الدراسة: قمنا في إطار دراستنا هاته بطرح الإشكالية التالية:

هل التعاقد بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي يساهم في تحسين ظروف التكفل بعمليات الولادة للنساء المؤمنات اجتماعيا؟

الفرضيات: للإجابة عن إشكالية الدراسة، قمنا بوضع الفرضية الرئيسية التالية:

- التعاقد بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي يحسن من آليات التكفل بعمليات الولادة للنساء الحوامل المؤمنات إجتماعيا.

الفرضيات الفرعية:

1. التعاقد يؤثر على تكاليف التكفل بعمليات الولادة للفئة المؤمنة إجتماعيا في المؤسسات الاستشفائية الخاصة.
2. يساعد هذا التعاقد في تقديم خدمات ذات جودة عالية للفئة المؤمنة اجتماعيا.

أهمية الدراسة:

- يعتبر موضوع التعاقد من المواضيع التي تلقى اهتماما كبيرا كونه يعتبر أحد أساسيات نجاح الإدارة الصحية وترشيد التكاليف وتحسين الجودة.
- تساهم هذه الدراسة في فهم النمط التعاقدي وإبراز أهميته داخل المؤسسات الصحية.
- إبراز دور هيئات الضمان الاجتماعي في التكفل بالفئات المؤمنة اجتماعيا.

أهداف الدراسة:

- فهم النظام التعاقدي ودوره في تحسين النظام الصحي وضمان أحسن تسيير وتمويل له.

- معرفة الهدف الحقيقي لوضـــع النظام التعاقدي في كل من القطاع العمومي والخاص للصـــحة والفرق بينهما.
- فهم التعاقد بين هيئات الضـمان الاجتماعي والمؤسـسـات الاسـتشـفائية الخاصـة في إطار اتفاقية التكفل بعمليات الولادة ومعرفة مختلف إجراءاته ونتائجه.
- تفسير العلاقة بين التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة وظروف التكفل بعمليات الولادة.

مبررات اختيار الموضوع:

- الميول الشخصي لموضوع التعاقد ومحاولة فهمه، وفهم أسباب ظهوره وأهدافه ومدى تطبيقه.
- كون موضـوع الدراسـة (التعاقد) يعتبر من أبرز الإشـكاليات الراهنة في السـاحة العلمية التي أولتها الدول والمنظمات العالمية أهمية كبير في تسيير الخدمات الصحية.
- عقد اتفاقيات عديدة في الجزائر تحت إطار التعاقد (اتفاقية التكفل بالولادة التي كانت الأخيرة في ســـنة 2020).

منـهجية الدراسة:

من أجل الدراسـة المعمقة والتحليل الشـامل لمختلف جوانب الموضـوع تم اتباع المنهج الوصـفي في الدراسـة النظرية من خلال جمع المعلومات من الكتب والمجلات ورسـائل الدكتوراه وماجيسـتر إضـافة إلى المعلومات المتوفرة على الانترنت، واعتمدنا على المنهج التحليلي الوصفي معتمدين على الاستبيان كأداة بحث علمي.

المتغير المستقل: النمط التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

المتغير التابع: التكفل بعمليات الولادة (جودة الخدمة، التكاليف)

الدراسات السابقة:

- دراســة العلواني عديلة ،2011/2010 بعنوان" **تقييم فعالية النمط التعاقدي كأســلوب جديد لتمويل الصحة العمومية** " **دراسة حالة الجزائر** وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصـادية. عالجت هذه الدراسـة إشـكالية مدى قدرة النمط التعاقدي على تفعيل أداء أنظمة تمويل الصـحة وعلى الأخص أنظمة التامين الصـحي، وماهي إيجابيات وسلبيات هذا النمط وللإجابة عن الإشـكالية المدروسـة والأسـئلة الفرعية ولدراسـة صـحة الفرضـيات اتبعت الباحثة في دراسـتها منهج ممزوج بين المنهج الوصـفي والتحليلي ومنهج دراسـة الحالة التي اعتمدنا فيها دراسـة مقارنة لبعض التجارب الدولية المطبقة للنظام التعاقدي. حيث أن التزايد المســـتمر للنفقات وعجز نظام المجانية لتلبية احتياجات المواطنين دفع المنظومة الصـحية تبني النمط التعاقدي كحل لمشـكلة تمويل النظام الصحي. من الأهم النتائج الذي تم التوصل إليها في هذه الدراسة هي:
  - النمط التعاقدي في الوقت الراهن هو حل ناجع للعديد من المعضلات التي قد تصيب الأنظمة العالمية لتمويل الصــحة في حالة تطبيقه على أســس ومبادئ ســليمة، في حين قد ينجر عنه أثار ســـلبية قد تفوق المكاســـب المرجوة منه إذا لم يراعى في تطبيقه الحذر والإعداد القبلي والمدروس لهذه الخطوة.
  - هناك عدة أنواع لتطبيق النمط التعاقدي منها من يكون على شــكل تفويض مســؤولية، وأخر على شكل استراتيجية لشراء الخدمات من المستخدمين، أوفق صيغة تعاونية ما بين الشركاء لتحقيق هدف مشـترك، وكل واحدة من هذه الصـيغ تتطلب ظروف ومناخ يضـمن نمو سـليم لهذه العملية؛ من حيث طبيعة المجتمع وأفكاره، والممثلين المعنيين بهذه العملية.
  - النمط التعاقدي يخص العديد من الشــركاء داخل المجتمع ســواء كانوا من القطاع العام (وزارة الصـحة، الجماعات المحلية، مسـتشـفيات، هيئات تمويل عمومية،) أو تابعين للقطاع الخاص (عيادات خاصــة، ممارســين أحرار، جمعيات غير ربحية، تأمينات خاصــة.)، إن لم نقل إن

الكل معني دون اســـتثناء بما فيهم المواطن الذي يجب أن يكون على إطلاع بدور هذه الأداة من أجل أن يسهم في إنجاحها.

- المتطلبات القبلية لتأسيس النمط التعاقدي لا تتوفر في التجربة الجزائرية وخاصـة منها؛ القدرة التقنية للممثلين والقبول السياسي الجاد والداعم لتجسيد هذا الأسلوب على أرض الواقع.
- النمط التعاقدي في الجزائر يندرج ضمن استراتيجية شراء الخدمات والتي من شروطها الفصل بين هيئات التمويل وهيئات تقديم الخدمات.
- إنجاح النمط التعاقدي في الجزائر يتطلب إعداد هياكل ومؤسسات تتوفر على الشروط اللازمة والكفيلة بإنجاح هذه العملية، وممثلين لديهم القدرة على التفاوض مع الهيئات المعنية، مع ضـرورة توفير الإمكانيات المادية والبشـرية اللازمة، واسـتخدام أدوات الرقابة الكفيلة بمتابعة تطور هذه العملية وتقييمها.
- النمط التعاقدي هو أحد أساليب التمويل الكفيلة بتفعيل أداء المنظومة الصـحية في الجزائر إذا مأتم صياغته بالشكل السليم.

- توفيق بن الشيخ، لعفيفي الدراجي،2018 "**إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر**" تناولت هذه الدراســـة دور النظام التعاقدي في تحســـين جودة الخدمات الصـــحية المقدمة في المؤســـســـات الاســـتشـــفائية الجزائرية. وهذا لكون لما تعانيه المنظومة الصـــحية في تدني مســـتوى جودة الخدمات الصـحية المقدمة على الرغم من حجم النفقات المقدمة فالنمط التعاقدي يرى كونه الحل لتحسـين الخدمات في المؤسـسـات الاسـتشـفائية. حيث توصـلت هذه الدراسـة إلى ظل التزايد المسـتمر للنفقات الصـــحية وزيادة الثقل الاقتصـــادي والأهمية الاجتماعية للقطاع الصـــحي من جهة، وتزايد الطلب على الخدمات الصـــحية من جهة أخرى. أخذت الجزائر على عاتقها إصـــلاح منظومتها الصـــحية من أجل التوفيق بين طرفي هذه المعادلة الصـعبة، وذلك باللجوء الى نظام التعاقد الذي أصـبح في الوقت الراهن حل ناجعا للمشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية.

- راشدي حدهوم دليلة، 2023،" **التعاقد في إطار الضمان الاجتماعي كنمط لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر**" تبين هذه الدراسة إن السعي إلى ضمان الحق في الرعاية الصحية في اعلى مستوياتها، كما تنص عليه المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية، يحتم على الدول اختيارات في إطار سياستها التشريعية، لبلوغ التغطية الصحية الشاملة، فتطبق آليات تتلاءم مع إمكانياتها، وفي إطار عصرنة نظام الضمان الاجتماعي الجزائري تبني مشروع التعاقد كنمط لتغطية النفقات الصحية للمؤمنين وغيرهم، وتمويل القطاع الصحي، وتم تكريسه من خلال إبرام اتفاقيات مع مهني الصحة في القطاع الخاص وهي في طور التعميم ويسعى إلى التجسيد الفعلي لتعاقد مع القطاع الصحي العمومي، بعد استحداث نظام الكتروني لتغطية الصحية يتمثل في نظام الشفاء.

الدراسات السابقة باللغة الأجنبية:

- CHOUGRANI Saada, MILOUD Kader 2010, « Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie »

تناول هذا المقال تحليل التجربة الجزائرية للسنوات الخمس عشرة الماضية بهدف وضع قواعد جديدة لتمويل خدمات الرعاية الصحية من خلال الضمان الاجتماعي. وتحليل مراحل تنفيذه، حيث واجه التعاقد الصعوبات المنهجية المعتادة في قياس فعالية خدمات الرعاية وتكاليفها وتوصل إلى أن محاولة تقييم نتائج التعاقد بين الضمان الاجتماعي ومقدمي الرعاية الصحية في الجزائر مهمة صعبة لغياب العناصر الكمية في الميزانية العمومية وكذلك نظام المعلومات حيث أن التركيز على مكتب الدخول فقط يخدم المصالح المباشرة فقط.

- FOUDI Brahim, 2011 « la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux » En vue de l’obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques, Option : Economie de la Santé et Développement Durable.

تناول الباحث في هذه الدراسة موضوع التعاقد كما هو مطبق في الجزائر والمغرب وهل يتم تكييفها وقياس الأهداف الواجب اتباعها. حيث حاول إبراز مراحل المختلفة لتأسيسه والعقبات التي تواجهه وتمكن من منع

هذا المشروع من التطبيق الأفضل حسب ما نصت عليه المنظمة العالمية للصحة في إشارة إلى التجربة الجزائرية ولإظهار تنوع مجالات التطبيق تم دراســـة الحالة المغربية متبعا في دراســـته النظرية المنهج الوصـفي والدراسـة المقارنة لتبيان الاختلاف بين البلدين ومدى العمل عليه حسـب نموذج التطبيقي للتعاقد حسب المنظمة العالمية الصحة. من أهم النتائج الذي توصل إليها في دراسته:

- يصبح التعاقد خيارا استراتيجيا لتحسين أداء النظم الصحية عندما تتماشى الترتيبات التعاقدية مع السياسة الصحية الوطنية كما يعتمد نجاحه على احترام جميع مراحل تنفيذ العلاقة التعاقدية.
- عدم اتقان النظام التعاقدي بشـكل كاف في الجزائر والمغرب بعد اللجوء إليه كحل لمشـكلة تمويل الأنظمة الصحية.
- انكماش النمط التعاقدي في الجزائر في المؤســسـات العمومية خاصــة في شــراء الخدمات فقط وتطوره البطيء يعود لغياب الإدارة السياسية الكافية للإسراع في هذا الإصلاح
- شهد التعاقد في المغرب تطورا ملحوظا فقد أثر على عدة شرائح من النظام الصحي.

ولتنفيذ إصـلاح التعاقد بصـرامة واتقان يجب اشراك القطاع الخاص المشـهور بجودة خدماته من أجل تعزيز إنشـاء نظام صحي متكامل، تعزيز التعاون بين المسؤولين عن قطاع الصحة والباحثين الجامعيين.

- BENMANSOUR Sonia 2017« la contractualisation dans le système de santé algérien : Nouveau mode de financement » Thèse pour l'obtention du Doctorat En Sciences Economiques Option : Monnaie-Finance-Banque

تناولت الدراسة ما يلي: في الجزائر، ثقافة الصحة العامة الناتجة عن رؤية إنسانية للحماية الطبية تتمحور حول الفرد، تدخل في عصر الالتزام بالوسائل، وتعويض المخاطر والربحية من حيث التكلفة / الكفاءة. إن عملية التعاقد على العلاقات بين المســتشــفيات وصــندوق التأمين الاجتماعي الوطني هي الأســاس في إصـلاحات التمويل التي بدأتها وازرة الصـحة والسـكان واصـلاح المسـتشـفيات. ومع ذلك، إذا كان هناك الكثير من اللجوء إلى التعاقد، فمن المهم التأكيد على الصـعوبات والإحالات والقضـايا السـياسـية.أخيرا، لا

ينبغي أبداً التقليل من أهمية أن اللجوء إلى التعاقد الهائل يتطلب مهارات تقنية ليســـت موجودة دائماً في عالم المستشفيات العامة الحالي.

موقع الدراسة من الدراسات السابقة:

تناولت أغلب الدراسات السابقة النمط التعاقدي كآلية لتمويل وتحسين الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، أما دراستنا فتميزت عن السابقة بتطرقنا لتطبيق هذا النمط في القطاع الخاص وبالتحديد فقد اختصصنا في دراستنا الميدانية في التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالتوليد.

هيكل الدراسة:

في إطار إنجاز هذه الدراسة تحت عنوان " **النظام التعاقدي كآلية جديدة لتحسين الخدمات الصحية مثال تعاقد التوليد في المؤسسات الاستشفائية الخاصة –دراسة حالة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء –جيجل– ومصحة الشفاء للطب والجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد –الطاهير–**" قسمنا البحث إلى ثلاث فصول حيث تطرقنا في الفصل الأول إلى تقديم مفاهيم حول الخدمات الصحية والنظام الصحي إضافة إلى النمط التعاقدي والأسس النظرية القائم عليها كما تعرفنا في هذا الفصل عما هو التعاقد الاستشفائي وكيف هو التعاقد الاستشفائي في الجزائر. وفي الفصل الثاني تناولنا كل ما يتعلق بالقطاع الصحي الخاص والمؤسسات الاستشفائية الخاصة والضمان الاجتماعي الأساسيان في بناء علاقة تعاقدية، أما في الفصل الثالث الذي يتناول الدراسة الميدانية بهدف معرفة مدى تحسن الخدمات الصحية تحت إطار التعاقد.

الفصل الأول:

النمط التعاقدي كآلية جديدة لتحسين النظام الصحي

الفصل الأول: النمط التعاقدي كآلية جديدة لتحسين النظام الصحي

تمهيد:

تعتبر الصحة حق من حقوق المجتمع فهي تلعب دورا أساسيا في أداء مهامه على أكمل وجه، الشيء الذي يعود إيجابيا بدوره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية للدول، لذلك يأخذ القطاع الصحي أهمية كبيرة في العالم حيث توجد أكثر من 100 منظمة عالمية مهتمة به لكونه أكثر القطاعات تعقيدا وتشابكا في تسييره مما جعل تدخل الدولة ضروري في تسيير خدمات الصحة وتمويلها.

فالخدمات الصحية تعتبر من أهم الخدمات التي أصبح الفرد يبحث عنها ويريدها بمستوى عال من الجودة، فأصبحت الدول تسعى بكل الطرق إلى تحقيق الفعالية والكفاءة والتكامل والانصاف فيها ومع التطور العلمي والتكنولوجي للوسائل الطبية والهياكل الصحية أدى ذلك إلى خلق مشكلة التمويل هذا القطاع، حيث شهد النظام الصحي الجزائري ارتفاعا كبيرا في النفقات الموجهة له وعدم قدرته على التحكم فيها، الشيء الذي يؤثر مباشرة في مستوى الخدمات الصحية المقدمة مما أدى إلى تبني النظام التعاقدي كآلية جديدة لتمويل هذا القطاع وتحسين الخدمات الصحية.

ولدراسة هذا الموضوع قسمنا هذا الفصل إلى:

- **المبحث الأول: تقديم مفاهيم حول الخدمات الصحية والنظام الصحي.**
- **المبحث الثاني: النمط التعاقدي.**

المبحث الأول: تقديم مفاهيم الخدمات الصحية والنظام الصحي

المطلب الأول: ماهية الخدمات الصحية:

1. تعريف الخدمة:

الخدمة كغيرها من مصـــطلحات العلوم الإجتماعية تتضـــمن العديد من الكتابات المختلفة حول تعريفها، وهذا يعود لصعوبة إعطاء مفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، ومن بين تعريفات الخدمة نذكر ما يلي:

عرفها kotler على أنها: "أي نشـاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف ما لطرف آخر، وتكون أسـاسـا غير ملموسة ولا ينتج عنها أي ملكية، وإن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبط بمنتج مادي ملموس أو لا يكون"[1].

كما تم تعريفها بأنها " منتج غير مادي يحتوي في مضمونه على أداء وعمل لا يمكن امتلاكه ماديا"[2]

ومنه نستخلص أن الخدمات عبارة عن أنشطة اقتصادية منتجاتها غير ملموسة يمكن شرائها وغير ضروري نقل الملكية لها بل يكفي الحصول على منافعها وفوائدها فقط، وهي بشكل عام تستهلك عند انتاجها وتقدم قيم مضافة كالراحة والصحة والتسلية....

2. تعريف الصحة:

عرفها مارشـال في الفصـل الخامس من الجزء الرابع في كتابه مبادئ الاقتصـاد لدراسـة أثر الصـحة على السـكان وثروة الاقتصـاد بأنها القوة الجسـمية، والقوة العقلية للفرد حيث يرتبط المسـتوى الصـحي له بحاجته للمسكن والتعليم وتنوع الغذاء وكذلك مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية ومدى سهولة الوصول إليها فإن

[1] هاني حامد الضمور، **"سويق الخدمات"**، الطبعة الثالثة، دار وائل لنشر والتوزيع، عمان، الاردن،2005، ص 18.
[2] ثامر ياسر البكري، **"إدارة المستشفيات"**، دار اليازورلي العامة لنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 56.

كان المرض أو ضعف الحالة الصحية للفرد يعود للعناصر السابقة فالخدمات الصحية تهدف إلى تخليص الفرد من المرض وتمكنه من العودة إلى حالة السلامة الكاملة.[1]

كما تعرفها المنظمة الصحة العالمية بأنها " السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم التوازن."[2]

3. تعريف الخدمات الصحية:

وردت عدة تعاريف للخدمة الصحية التي تعتبر شكلا من أشكال الخدمات وأحد مدخلات إنتاج الصحة ولذلك لا يخرج تعريفها عن تعريف الخدمة بشكل عام، ونذكر منها ما يلي:

تتمثل الخدمات الصحية في "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصا او إرشادا أو تدخلا طبيا، ينتج عنها رضا والانتقاع من قبل المرضى للحصول على حالة صحية جيدة"[3]

كما وتم تعريفها بأنها " مجموعة من الوظائف التي تعمل على إشباع الحاجة البشرية المرتبطة بالبقاء والاستمرار بشكل مباشر، وترتبط بالوظائف الأخرى للمجتمع كالوظيفة الاقتصادية والإجتماعية والتعليمية وغيرها بشكل غير مباشر، بحيث تعطي للمريض القدرة على التكييف البيئي عن طريق توفير الدعم لقدراته البيئية والحسية والنفسية لكي يمكنه من تحقيق الأداء المطلوب"[4]

إذا فالخدمة الصحية هي كل الأنشطة والعمليات التي تقدم من قبل مقدمي الرعاية الصحية سواء كانت علاجية أو وقائية منذ دخول المريض إلى غاية خروجه وهذا من أجل تحقيق حالة بدنية ونفسية جيدة له، كما تحقق هذه

[1] عائشة عتيق، **"جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية –دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-"**، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص: تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر،2011-2012، ص34.

[2] نفس المرجع، ص35.

[3] الهام يحياوي، ليلى بوحدبد، **"تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية بباتنة"**، مجلة الباحث، ال عدد14، الجزائر، 2014، ص333.

[4] الاء نبيل عبد الرزاق، **"استخدام تقانة المعلومات من اجل ضمان جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة عينة من مستشفيات بغداد)"**، مجلة الإدارة ولاقتصاد، العدد 90، العراق، 2011، ص287.

الأنشطة القبول والرضا من قبل المريض مقابل ثمن، من خلال تحقيق الفاعلية في أدائها مما يسمح ببناء فرد قوي يسعى لتحقيق إنتاجية في عمله ثم زيادة الناتج القومي الفعلي، فهدفها ليس انساني بل اقتصادي أيضا.

3. 1خصائص الخدمة الصحية:

نظرا لكون تعريف الخدمات الصـــحية لا يختلف عن التعريف العام للخدمات فالأمر نفســـه ينطبق بالنســـبة للخصائص ويعود هذا على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى المستفيدين، وتتمثل في: [1]

- **عدم ملموســية الخدمات الصــحية أو الطابع الغير المادي لها:** حيث أن الخدمة عموما هي عبارة عن منتج غير مادي لا ملموس وغير قابل للقياس لذا عند تقديم الرعاية في المؤسسات الصحية لا يتضــح للمريض ما الذي قام بدفع قيمته ونجاح الخدمة الصــحية يرتبط بمدى كفاءة مقدميها وقدرته على تحقيق رضا الزبون.
- **عدم قابلية الخدمة الصحية لتخزين:** فالخدمات الصحية تقدم بقدرة وإمكانية معينة خلال فترة زمنية محدودة وإن لم تستخدم خلالها ستهدر هذه الخدمة، مثلا فحص مريض يكون خلال زيارة المريض للعيادة الطبية ولا يمكن تجهيز هذه الخدمة قبل أن يأتي المريض.
- **تزامن عمليتي الإنتاج والاستهلاك(التلازم):** وتعود هذه الخاصية انطلاقا من الخاصية السابقة كون أن الخدمة غير قابلة للتخزين فهي تنتج وتستهلك في آن واحد وهذا ما يشكل لنا صعوبات في ضبط الجودة وضمان فعالية الخدمة إضافة إلى صعوبة في المراقبة والتصحيح عند وقوع خطأ ما.
- **مشـــاركة المريض في إجراءات الخدمة:** حيث يمكن لطالب الخدمة أن يكون مســـاهم في العملية الإنتاجية للخدمة التي يريدها ويكون هذا من خلال اقتراحات يمكن أن يقدمها لمقدم الخدمة بخصوص ما يريده هو كمريض.

[1] بديسي فهيمة، زويوش بلال،" **جودة الخدمة الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات"**، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد07 ، 2011، ص139.

- **الاختلاف وعدم التجانس(التباين):** تعتمد الخدمات الصـــحية على كفاءة ومهارة مقدم الخدمة وعلى الحالة المرضــية لطالب الخدمة وحالته المزاجية وســلوكه ومدى الاســتجابة للعلاج لذلك تتميز هذه الأخيرة بالاختلاف وعدم التجانس، كما توجد حالة التباين في مســـتوى وطبيعة الخدمة المقدمة وهذا يعود للتوقيت الزمني الذي تطلب فيه الخدمة وكذا السرعة المطلوبة في تقديمها.
- **خاصــية عدم تملك الخدمة:** هذه الخاصــية تعني أن طالب الخدمة له الحق في الانتفاع بما يقدم له من خدمات دون التملك المادي لها، كما هو الحال عند الحصـــول على أي خدمة كخدمة النقل، الاتصالات وكذا الأمر بالنسبة للخدمات الصحية.

إضافة إلى الخصائص السابق ذكرها التي تشترك فيها الخدمات الصحية مع باقي الخدمات توجد خصائص مميزة للخدمات الصحية يمكن إيجازها فيما يلي:[1]

- الخدمات الصـــحية تقدم لكل أفراد المجتمع بغض النظر عن مســـتوياتهم الاجتماعية، الثقافية، التعليمية، والمادية؛
- الخدمات الصـــحية تهدف إلى تقديم منفعة عامة لمختلف الأطراف منها أفراد، هيئات، تنظيمات... الخ؛
- تتميز الخدمة الصحية كونها مراقبة بشدة، حيث أنها تخضع للقوانين والتنظيمات الصادرة عن الدولة وذلك فيما يتعلق بطبيعة الخدمات المقدمة وبكيفية تقديمها؛
- تتميز أيضا بالاستمرارية وعدم القابلية للتأجيل؛
- تتطلب الحضور الشخصي للمستفيد من أجل الفحص، التشخيص، إجراء التحاليل والمعالجة، ونظرا للتطور العلمي والتكنولوجي الذي يشهده العالم فقد باتت هذه الخاصية تشهد تغيرا نظرا لتطوير آليات ووسائل تدعم الطب عن بعد؛

[1] بديسي فهيمة، زبوش بلال، مرجع سبق ذكره، ص 140

- يتحدد مستوى الخدمات الصحية بالدرجة الاولى من قبل الحاصل عليها (المريض)، حيث أن درجة التوافق بين جودة الخدمة ومستوى إدراك المريض لتلك الجودة هي المحددة لها؛
- صعوبة التنبؤ على الطلب.

المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية

1. مفهوم جودة الخدمات الصحية:

قبل التطرق إلى مفهوم جودة الخدمات الصحية، يجب بالضرورة التكلم عن ماهية الجودة

1.1 مفهوم الجودة:

يعرفها جابل ونسكي بأنها عبارة عن "الخصائص المتعلقة بالمنتج والخدمة التي يدفع الزبون نقود مقابل الحصول عليها وبناء على مفهوم التركيز على الزبون يمكن أن تشمل الجودة التشطيب النهائي، أو وقت التسليم أو التكلفة أو درجة الاعتماد على المنتج أو أي عوامل أخرى".[1]

كما تعرف الجودة بأنها "مدى ملائمة المنتج للاستعمال ومدى مطابقته مع المتطلبات فكلما كانت مواصفات المنتج مطابقة لمتطلبات العميل كلما كان هذا المنتج ذا نوعية جيدة".[2]

[1] عيسى معزوزي، بن تربح بن تربح، **"أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التمييز"**، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، الجزائر، المجلد 02، ال عدد01، 2018، ص 77.

[2] جباري فادية، **"تأثير جودة الخدمة على رضا العميل"**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص: تسويق، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011، ص 08.

2.1مفهوم جودة الخدمات الصحية:

تعرف جودة الخدمات الصحية على أنها" تحقيق مستوى عالي وجيد في الخدمة الطبية والصحية المقدمة للمريض منذ المرة الأولى، كما تشكل الجودة أحد الأسبقيات التنافسية، إضافة إلى التكلفة والمرونة ووقت التسليم والابداع في تحقيق المؤسسة الاستجابة لطلبات السوق وإلى التنافس من خلالها"[1]

تعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها: " التطابق مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفة مقبولة وبأن تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الوفيات والاعاقة وسوء التغذية."[2]

عرفتها الهيئة الامريكية المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية The joint commission on accreditation of hospitalsبأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة او إجراء تشخيص ومعالجة مشكلة طبية.[3]

2. أبعاد جودة الخدمات الصحية:

هناك اتفاق بين الكثير من الباحثين في مجال جودة الخدمة الصحية على عدد من الأبعاد وذلك حتى تتمكن المؤسسات الاستشفائية من تقييم جودتها وتتمثل في:

- **بعد الاعتمادية:** أوضح لوفلوك (Lovelock) بأن الاعتمادية تشير إلى قدرة مقدم الخدمة على الوفاء والالتزام بتقديم الخدمة باعتماد ودقة وثبات[4] أي قدرة مقدم الخدمة على أدائها بشكل يمكن من الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الدقة، ومن العناصر التي تعتمد لتقييم هذا البعد نجد الوفاء بتقديم الخدمة

[1]دريدي أحلام، "دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة الجوارية بسكرة"، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجيستر، تخصص أساليب الكمية في التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر، 2014، ص24.

[2]بن عيشي عمار، **ابعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة ولاية بسكرة**، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، جامعة بسكرة، الجزائر، العدد السادس، 2012، ص 11.

[3] علي عبد الجليل علي الغزالي، **"جودة الخدمات وعلاقتها بالمرضى – دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في منطقة بنغازي"**، رسالة نيل شهادة الماجستير، تخصص: إدارة اعمال، جامعة بنغازي، ليبيا، 2014، ص31.

[4]جمعة الطيب،**" قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة"**، رؤى اقتصادية، جامعة باتنة، الجزائر، العدد السابع، 2014، ص 103.

الصحية في المواعيد المحددة، الدقة وعدم الخطأ في الفحص والتشخيص والعلاج، توفير تخصصات مختلفة، الحرص على حل مشكلات المريض والالتزام بالسر المهني[1].

- **بعد الاستجابة:** يرى لوفلوك بأنها تتمثل في سرعة استجابة مقدم الخدمة لطلبات المستفيدين واستفساراتهم[2]، وتشمل عناصر الاستجابة السرعة في تقديم الخدمة المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للتعاون مع المريض.[3]
- **بعد الضمان:** أشار "Shaikh" بأن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء، وإدارة المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم وكفاءتهم، كما أكد بأن الضمان يعني المعرفة وحسن معاملة المستخدمين (مقدمي الخدمة) وقابليتهم لنشر روح الثقة والصدق، وأيضا تشمل الاتصالات الشفوية والتحريرية بين مقدمي الخدمات والزبائن. يتضمن بعد هذا البعد مجموعة من العناصر المتمثلة في المستشفى الجديرة بالثقة والاعتماد، الطبيب المؤهل والكفء، تمتع العاملين بالمستشفى باللباقة واللطف، ومن عناصر تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد نجد السمعة والمكانة العالية للمستشفى، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين.[4]
- **بعد الملموسية:** أشار زيتمال وبرايتنر(zeithmal et Britner) إلى أن بعد ملموسية الخدمة هي المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة للخدمة والمظهر الخارجي للعاملين والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، كما أوضح البكري أن الملموسية تتمثل في القدرات والتسهيلات المادية والتجهيزات والأفراد ومعدات الاتصال، ومن معايير تقييم هذا البعد نذكر مثلا الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج، نظافة الغرف وأماكن العلاج، أماكن الانتظار واستقبال المرضى.[5]

[1] بن فرحات عبد المنعم، **انعكاسات أنماط التسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر،2017_2018، ص 51

[2] جمعة الطيب، مرجع سبق ذكره، ص 103.

[3] دريدي أحلام، مرجع سبق ذكره، ص 26.

[4] وفاء سلطاني، مرجع سبق ذكره، ص 23

[5] جمعة الطيب، مرجع سبق ذكره، ص 104

- **بعد التعاطف:** يرى shahril أنه الحرص والانتباه والعناية الخاصة التي تقدمها المؤسسات الصحية إلى المستفيدين من خدماتها، وأوضح Shaikhأن بعد التعاطف (الجوانب النفسية او الوجدانية) يمكن أن تدرك على شكل العناية الخاصة المعطاة للمرضى وإبداء صفة الانتباه تجاه المرضى، ويشمل هذا البعد على مجموعة من العناصر وهي الاهتمام بالمستفيدين من الخدمة اهتماما شخصيا وتفهم احتياجاته.
- **بعد المصداقية:** درجة الثقة بمقدم الخدمة[1] مثلا قيام الطبيب بإجراء العملية الجراحية دون أن يلحق أي ضرر بالمريض.
- **بعد الكفاءة:** أي كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة.[2]

المطلب الثالث: تمويل النظام الصحي الجزائري.

قبل التطرق والتعرف على النظام الصحي الجزائري وتمويله لابد أولا من التطرق لمفهوم النظام الصحي بصفته العامة.

1. تعريف النظام الصحي:

يمكن تعريف النظام الصحي بأنه:" الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية للمحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة"[3]

كما تعرف الأنظمة الصحية بأنها:" كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية بالأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة"[4]

[1]إلهام يحياوي، ليلي بوحديد، مرجع سبق ذكره، ص 335.
[2] إلهام يحياوي، ليلي بوحديد، مرجع سبق ذكره، ص 335.
[3]محمد عدمان مريزق **"مداخل في الإدارة الصحية"**، الطبعة الأولى، دار الراية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،2012، ص15_16.
[4]علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في القطار العربية**، المعهد العربي للتخطيط، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، الكويت،2003، ص4.

وانطلاقا مما سبق، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه جميع المؤسسات والموارد المسخرة لإنتاج التدخلات الصحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي، مراعيا في ذلك جملة من الأمور هي:

- أن تكون التغطية شاملة وكاملة وعادلة؛
- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.[1]

أما المشـــرع الجزائري فقد عرفه من خلال المادة 04 من قانون 05/85 "المنظومة الوطنية للصـــحة هي مجموع الأعمال والوسائل التي تضمن حماية صحة السكان وترقيتها[2]"

ويتميز النظام الصحي الجزائري بمجموعة من الخصائص التي تتمثل في:[3]

- سيطرة القطاع العمومي وتطويره؛
- تخطيط صحي يندرج في السياق العام للتنمية الاقتصادية والاجتماعية الوطنية؛
- إعداد البرامج الوطنية المحددة في مجال الصحة وتنفيذها بالاشتراك مع مختلف القطاعات؛
- تطوير الموارد البشرية والمادية والمالية المتطابقة مع الأهداف الوطنية المحددة في مجال الصحة؛
- تكامل أعمال الوقاية والعلاج وإعادة التكيف؛
- تنظيم مشاركة السكان النشيطة والفعالة في تحديد برامج التربية الصحية وتطبيقها.

3. التمويل الصحي في الجزائر

3. 1مفهوم التمويل الصحي:

تعدد تعاريف التمويل نظرا لوجود وجهات نظر مختلفة فهو من بين أهم أنشـطة المؤسـسـات مهما كانت طبيعتها ونذكر منها ما يلي:

[1] عدمان مريزق، **"واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية _دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"**، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007، ص105.
[2] القانون رقم 05/85 المؤرخ في 16 فبراير 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية العدد08 لسنة 1985.
[3] القانون رقم 85/05 المؤرخ في 16 فبراير1985، السابق ذكره.

يعرف التمويل بأنه إمداد بالأموال في أوقات الحاجة إليها وهذا التعريف يكون مع العناصر التالية:[1]

- تحديد دقيق لوقت الحاجة له؛
- البحث عن مصادر الأموال؛
- المخاطر التي تعترض أي نشاط يزاول الانسان.

كما يعرف بأنه تشكيلة الأموال التي تحصلت عليها المؤسسة بهدف تمويل استثماراتها، ومن ثم فإنها تضمن كافة العناصر التي يتكون منها جانب الخصوم.[2]

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول إن التمويل هو توفير المبالغ النقدية اللازمة لإنشاء أو تطوير مشروع خاص أو عام، أو الحصول على الأموال بغرض استخدامها لتشغيل أو تطوير مشروع يمثل النظرة التقليدية بينما النظرة الحديثة تركز على تحديد أفضل مصدر للأموال عن طريق المفاضلة بين عدة مصادر متاحة من خلال دراسة التكلفة والعائد.[3]

3 .2 مصادر التمويل الصحي في الجزائر:

تعتبر مصادر التمويل من أهم الأركان الأساسية لأي نظام الصحي وتتمثل أهم مصادر تمويل النظام الجزائري في:[4]

- التمويل الحكومي(الدولة): الذي يستمد مصدره عموما من الضرائب سواء كانت هذه الضرائب مباشرة أو تفرض على الأعمال أو الدخل الشخصي، أو الضرائب الغير مباشرة مثل ضريبة القيمة المضافة أو الرسوم الجمركية، كما يمكن أن تأتي الأموال الحكومية من خلال القروض الداخلية والخارجية حيث تتجاوز هذه الأخيرة الإيرادات الضريبية.

[1] طارق الحاج، مبادئ التمويل، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان_ الأردن، 2010، ص 21.
[2] منير إبراهيم الهندي، **"الفكر الحديث في مجال مصادر التمويل"**، توزيع منشاة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1998.
[3] احمد بوراس، **"تمويل المنشآت الاقتصادية"**، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2008، ص 24.
[4] Diane McIntyre, **"le financement des soins de santé dans les pays à fiable et moyens revenus"**, global forum for Heath research, 2007, page3.

تشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، وتقدر ب 60 %من مجموع نفقات الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، وتخصص لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لهم مداخيل، حيث يتعين عليهم احضار البطاقات الصادرة من طرف مصالح البلدية لكي يتمكنوا من الاستفادة من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي:

- ✓ 85 %من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة.
- ✓ 15 %من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات.

- مساهمات الضمان الاجتماعي: يعتبر نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر جزء من السياسة الاقتصادية في البلد وهذه الأموال يكون مصدرها الاقتطاعات الإجبارية من الأجور والتي تحدد مستواها الدولة وهذا لتغطية الاخطار الصحية (المرض، الامراض المهنية) التي يمكن أن تواجه الأشخاص المؤمنين اجتماعيا وهو المساهم الثاني بعد الدولة لتمويل النفقات الصحية.
- الأسر: أو الدفع من الجيب وهي المقابل الذي يدفعه المريض مباشرة إلى مقدم الرعاية الصحية، وبعد الاستقلال كانت هذه المساهمات تشمل أشخاص ذوي المهن الحرة والحرفيين والمزارعين والتجار الذين يدفعون نفقاتهم الصحية مباشرة، وعلى الرغم من أن الأمر 74-65 المؤرخ في ديسمبر 1974 الذي يتضمن مجانية العلاج إلا أنه لم يستثني مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية لكن العلاجات الطبية كانت تقدم كلها مجانية إلى غاية 1984 حيث صدرت تعليمة للحد من هذه الفوضى حيث فرضت على المواطنين المساهمة في تكاليف العلاج، وتتمثل النفقات الصحية التي يتحملها الافراد في الجزائر حوالي 22% من المجموع العام للنفقات والتي تعتبر ضئيلة مقارنة بما يتحمله الافراد في البلدان المتقدمة. [1]

[1] خلاصي عبد الاله، مرجع سبق ذكره، ص 143.

3. 3 تحليل الوضعية المالية الصحية في الجزائر:

3. 1.3أسباب ارتفاع النفقات الصحية في الجزائر:

تعد ظاهرة زيادة الإنفاق العام في مجال الصحة وبالأخص الاستشفائي من أكبر المشاكل التي تواجه المسير، فمشكلة التمويل من أقوى الصعوبات التي تواجه النظام الصحي التي تشكلت انطلاقا من مبدأ مجانية العلاج، حيث استفادت المؤسسات الصحية من مبالغ مالية هامة ولم تتوقف هذه المبالغ المالية من الزيادة في حين نرى أن جودة الخدمات الصحية ليست بتلك المرغوب فيها وتعود أسباب هذه الزيادات بالدرجة الأولى إلى مجموعة من الأسباب من أهما:[1]

- التقدم العلمي في المجال الطبي الذي أدى إلى استعمال مجموعة من التجهيزات والمواد الطبية ذات المبالغ الباهظة والتي تتحملها المؤسسة الاستشفائية؛
- الزيادة المعتبرة في أجور عمال السلك الطبي وشبه الطبي والذي كان لها أثر كبير في زيادة نفقات المؤسسة الاستشفائية؛
- زيادة النمو الديمغرافي والذي يؤدي إلى زيادة حاجات السكان من الخدمات الصحية؛
- التحولات المسجلة في التوزيع السكاني مما يؤدي إلى وجود طلب إضافي للخدمات الصحية والعلاج هذا ما يستلزم صرف نفقات إضافية تسجل على حساب المؤسسة؛
- زيادة نفقات التهيئة والترميم بالمؤسسة الاستشفائية؛
- تغيير كلي للمصالح الإدارية بإنشاء هياكل جديدة وتجهيزها هذا ما أدى إلى ارتفاع نفقات التسيير؛
- ظهور أمراض جديدة مزمنة والتي تطلبت استعمال أدوية باهظة الثمن؛

[1] ناصر بوعزيز، حاجي أسماء **"ظاهرة تزايد النفقات الصحية وضرورة التحكم فيها"**، الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8ماي، قالمة، 10و11 أفريل2018، ص3.

- زيادة عدد المناصب (زيادة نفقات المستخدمين) ؛

- فتح تخصصات جديدة مثلا فتح مركز التصوير الطبي IRM (الفحص بالرنين المغناطيسي).

2.3.3 ضرورة التحكم في هذه النفقات:[1]

من بين المحاولات التي اتخذت من قبل وزارة السكان وإصلاح المستشفيات من أجل التحكم في النفقات هي التنقل من المحاسبة العمومية إلى المحاسبة التحليلية وهذا يعود إلى محدودية المحاسبة العمومية كأداة للتخطيط والرقابة على عكس محاسبة التكاليف التي تعتبر كأداة مساعدة لترشيد النفقات والاستعمال الأمثل للموارد وهذه الأخيرة هي أحد فروع المحاسبة المالية تحكمها مجموعة من المبادئ والأصول المحاسبية وتساعد المؤسسة في استخدام عوامل الإنتاج المتاحة لها والتخطيط للمستقبل، كما تقوم بتتبع وتسجيل وتحليل التكاليف لغرض استخدامها بأقصى درجة من فعالية" وانتهاج هذا النوع من التكاليف يهدف إلى:

- استعمال التكاليف من أجل تقدير الموارد اللازمة لتسيير ؛
- استعمال البيانات الخاصة بالدورات السابقة لرسم التوقعات للميزانية، التكاليف، حجم التكاليف؛
- استعمال التكاليف لغرض تسعير مخرجات النشاط الاستشفائي؛
- التخطيط للاستثمارات في الهياكل الصحية والتجهيزات الاستشفائية؛
- تحديد الموارد اللازمة من أجل تمويل النشاط الاستشفائي على المستوى الكلي.

المبحث الثاني: النمط التعاقدي

اعتمدت الأنظمة الصحية العالمية العديد من الإصلاحات دعت في مجملها إلى تطبيق النمط التعاقدي في تسيير وتمويل المؤسسات الصحية كآلية جديدة لتفعيل وتحسين هذه الأنظمة.

المطلب الأول: الأسس المفاهمية والنظرية للنمط التعاقدي.

[1] ناصر بوعزيز، حاجي أسماء، مرجع سبق ذكره، ص8.

1. مفهوم النمط التعاقدي:

يعتبر النمط التعاقدي من العقود الإدارية الذي تقوم على فكرة تغليب المصلحة العامة على المصلحة الخاصة.

1.1 تعريف العقد الاداري:" هو العقد أو الاتفاق الذي يبرمه شخص معنوي عام، قصد تسيير مرفق عام وفقا لأساليب القانون العام بتضمنه شروط استثنائية غير مألوفة في القانون الخاص"[1]

كما تم تعريفه في القانون المدني الجزائري حسب ما نصت عليه المادة 54 أنه: "اتفاق يلتزم بموجبه شخص او عدة أشخاص آخرين، بمنح، او فعل، أو عدم فعل شيء ما"[2]

2.1 تعريف النظام التعاقدي:

1.2.1 تعريف النظام:

عرفهVon Bertalanffy على أنه "مجموعة من العناصر المتفاعلة مع بعضها البعض"، كما عرفهMorin,1977 على أنه" تفاعل لمجموعة من العناصر مشكلة بذلك كيان أو وحدة شاملة" حيث يمكن استخلاص تعريف شامل لمفهوم النظام على أنه: "مجموعة من العناصر أو الأجزاء التي تتفاعل وتتكامل مع بعضها البعض ومع البيئة المحيطة بها، وتحكمها آليات عمل مضبوطة بغرض تحقيق هدف أو أهداف محددة"[3]

2.2.1 تعريف **النمط التعاقدي:**

عرفته **المنظمة العالمية للصحة** بأنه "تعهد أو عقد يشكل اتفاقا بين متعاملين اقتصاديين أو أكثر، بواسطته يلتزمان بالتخلي أو التملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء" فالتعاقد هنا ارتباط إداري لشركاء مستقلين.[4] وانطلاقا من هذا فإن النمط التعاقدي هو اتفاق يربط كل من وزارة الصحة وكل هياكلها بهيئات الضمان

---

[1] محمد الصغير بعلي، **"العقود الإدارية"**، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2005، ص10.

[2] ال أمر75-58 المؤرخ في 26 سبتمبر1975 المتضمن القانون المدني، المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية صادرة في 30 سبتمبر1975.

[3]مرمي مراد، **"أهمية نظم المعلومات الإدارية كأداة للتحليل البيئي في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية دراسة حالة ولاية سطيف"**، مذكرة نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد تسيير المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، جامعة سطيف،2010/2009، ص ص 3.4.

[4] خروبي بزارة عمر، **"إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)"**، مذكرة نيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر، الجزائر،2011/2010 ص 87.

الاجتماعي، حيث يلتزم الطرف الأول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين ويلتزم الطرف الآخر بتمويل هذه الخدمات[1].

فالنمط التعاقدي هو أداة استراتيجية لتحسين وتنمية أداء النظام الصحي والنهوض بالسياسة الصحية الوطنية ويقوم على تقاسم المسؤوليات بين الجهات الفاعلة وتحديد التزامات الهيئات الاجتماعية ومشاركة الدولة ففي النهاية النهج التعاقدي يقوم على إبرام اتفاق بين المؤسسات الصحية وممولها.

2. شروط النمط التعاقدي:

تتمثل أهم شروط صحة النمط التعاقدي[2] في:

- **مبدأ سلطان الإرادة للنمط التعاقدي:** في حالة ما كان العقد وليد إرادتين أو أكثر ويهدف إلى ترتيب أثر قانوني، فإن هذا العقد المزعم إبرامه بهذا المفهوم هو عقد محله تأدية عمل أو أداء خدمة مقابل تعويض مالي يساوي مجموع تكاليف الخدمة المقدمة.
- **محل الالتزام:** ويقصد به الالتزام بتأدية عمل، وتحقيق غاية، فالخدمة الصحية تكون أساسا من باب الالتزام ببذل العناية من قبل الطبيب المعالج والمرفق الصحي من أجل الوصول إلى نتيجة وغاية يهدف إليها الطرفان.
- **مبدأ الرضائية:** إن العقد حسب مفهوم النمط التعاقدي هو عقد احتمالي ورضائي فالرضاء هو حجر الأساسي الذي تقوم عليه العلاقة التعاقدية في المؤسسات الصحية من خلال إرضاء المستهلك وإرضاء الطبيب والمرفق الصحي، إضافة إلى إرضاء ممول العملية الإنتاجية.

[1] علي دحمان محمد، **"تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر"**، أطروحة نيل الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2017/2016، ص 196.

[2] علواني عديلة، **"تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية"**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التجارية وعلوم التسيير، قسم الاقتصاد، جامعة بسكرة، الجزائر،2010/2011، ص101.

- **مبدأ السببية:** المقصود به السبب أو الدافع للتعاقد، فالمشرع يشترط أن يكون السبب مشروع ويتماشى مع متطلبات النظام العام فمثلا لا يحق لأي طبيب منح أدوية مخدرة أو منومة قصد استعمالها لغرض الإدمان.

3. مراحل تنفيذ العلاقة التعاقدية:[1]

يمر إنشاء وتنفيذ العلاقة التعاقدية بعدة مراحل كما هو ملخص في الشكل التالي:

الشكل(01): مراحل إنشاء وتنفيذ العلاقة التعاقدية.

المصدر: علواني عديلة صفحة:108.

المرحلة الأولى: تحضير التعاقد:

تبدأ هذه المرحلة عندما تخطط الجهات الفاعلة في القطاع الصحي للجوء إلى التعاقد حتى اللحظة التي يشرعون فيها فعليا في إضفاء الطابع الرسمي على علاقتهم التعاقدية، ويتم فيها تحديد الجهات الفاعلة (الممثلين، مقدمي

[1] BENMANSOUR Sonia, la contractualisation dans le système de santé en Algérie, Thèse pour l'obtention du Doctorat En Sciences, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou,2018, page 26

الخدمات الصـــحية) وموضـــوع العقد، قياس التحديات والمزايا وقيود هذا التعاقد بمعنى إننا في حالة الالتزام (engagement) من جانب الجهات الفاعلة حيث يتم وضـــع الآليات التي تمكنهم من التقدم (المرحلة التنظيمية) ثم دراسة جدوى العلاقة التعاقدية المحتملة (مرحلة التشخيص).

في نهاية هذه المرحلة تعتبر الإســـتعدادات اكتملت ويمكن الانتقال إلى المرحلة التالية، مع إمكانية اتخاد القرار بعدم متابعة الاتصالات أكثر من ذلك حيث يتنازل الطرفان المعنيان عن الدخول في أي صياغة للعلاقة التعاقدية.

المرحلة الثانية: صياغة العلاقة التعاقدية:

في هذه المرحلة يجب أن تصـاغ هذه العلاقة في وثيقة وتنتهي بمجرد توقيع العقد مباشـرة، وتحتوي على الخطوات التالية:

- التفاوض: يجعل من الممكن إقامة اتفاق بين الشـركاء، كما يسـمح بإنشـاء جميع العناصـر التي سـيتم تسجيلها في العقد.
- صياغة العقد: من الضروري صياغة كل العناصر المتفق عليها على شكل عقد.
- التحقق من صـحة العقد: يجب أن يتم التحقق من صـحة عمل المتفاوضـين من قبل هيئات صـنع القرار للجهات الفاعلة التي ستشارك في العلاقة التعاقدية.
- التوقيع: يتم تحديد كيفية تنفيذ توقيع العقد، تبدأ من الموافقة على الشـــروط من قبل الأطراف المعنية إلى غاية التوقيع النهائي للعقد.

في نهاية هذه المرحلة تكون لدينا وثيقة تعاقدية موقعة من قبل جميع الأطراف المعنية.

المرحلة الثالثة: تنفيذ النمط التعاقدي

في هذه المرحلة يتم تنفيذ كافة بنود العقد والالتزام بوضـع كافة الوسـائل المنصـوص عليها في العقد ومراقبة النتائج وآليات التشـاور وحل النزاعات، إضـافة للقيام ببعض التعديلات لأنه لا يمكن توقع كل شـيء على الإطلاق لذلك يمكن إدخال تعديلات على العقد الاولي من قبل الأطراف المعنية، ويجب أن تخضـــع هذه

التعديلات للتفاوض، كما يجب ان تكون الدولة في وضع يمكنها من مراقبة حسن سير العقد من أجل الحفاظ عليه.

المرحلة الرابعة: نهاية العقد

وفقا لشروط العقد فإن كل عقد له نهاية ونهاية النمط التعاقدي تكون حسب ثلاث حالات وهي:

- التجديد: تجديد العقد يكون برضا تام لأطراف المعنية التي تقرر بالاتفاق المتبادل تجديده بموجب نفس شروط العقد السابق حتى لو كانت التعديلات مطلوبة في كثير من الأحيان إلا أنه يجب بالضرورة احترام شروط العقد السابق.
- إعادة التفاوض: ترى الأطراف المعنية أنه من المناسب الاستمرار في علاقة تعاقدية، لكن يرون أيضا أنه من المناسب إعادة التفاوض على العقد وتكون هذه حالة أقل اعتمادا على تحليل ناتج تنفيذ العقد السابق وهذا ما يغير من شروطه كليا أو جزئيا.
- إنهاء العقد: قد تقرر الأطراف المعنية عدم تجديد علاقتهم التعاقدية سواء كانت النتائج مرضية أو انتهت بالفشل.

يمكن أن يؤدي اتباع كل هذه الخطوات إلى تسهيل عملية التعاقد وتجنب النزاعات المحتملة التي يمكن أن تسبب تكاليف إضافية.

4. النظريات الأساسية للنمط التعاقدي:

4. 1 نظرية الوكالة:[1]

تم تطوير تعريف علاقة الوكالة من قبل JENSENو MECHLING اللذان يحللونها على أنها عقد يقوم بموجبه شخص واحد أو أكثر (الموكل) بإشراك شخص آخر (الوكيل) لأداء أي مهمة نيابة عنها تتضمن تفويضا لاتخاذ

[1] Kara Terki Assia , La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public, thèse doctorat en sciences économiques, option gestion, université Abou Bekr Belkaid Tlemcen ,Alger, 2009-2010 , PAGE 125.

قرار معين من قبل الوكيل، ويطلق على الفرد الذي يتصرف الوكيلAGENT ، أما الفرد الذي يقوم بالتفويض فهو المدير LE PRINCIPAL، والوكيل عموما هو الشخص الذي يمتلك معلومات لا يمكن على الأقل الوصول إليها مجانا من قبل المدير.

ويؤدي تحليل علاقة الوكيل والمدير إلى التمييز بين نوعين رئيســـيين من المواقف وهما الخطر المعنوي Le risque moralوالموقف المعاكسle situation adverse .

- **الخطر المعنوي:** ينشـــأ هذا الخطر من حقيقة وجود العقد وهذه الظاهرة موجودة في أنظمة التأمين وتتعلق بالحالة التي لا يســـتطيع فيها المدير مراقبة الســـلوك الحقيقي لوكيله، أي عندما لا تكون المعلومات المتعلقة بســـلوك للوكيل متاحة للمدير، مثلا عدم تشـــجيع الفرد (الوكيل) المغطى لمخاطر معينة من قبل شركات التأمين (المدير) لحماية نفسه ضد هذا الخطر طالما أنه مؤمن عليه.
- **الوضـــع المعاكس:** ويحدث هذا عندما لا تكون المعلومات المتعلقة بطبيعة الشـــيء المعروض للتبادل متاحة للمدير لذلك يمكن للوكيل تبني سلوك يهدف إلى إخفاء جودة المنتج المتبادل من أجل تخصيص حصـــة أكبر من المكاســـب وعلى ســـبيل المثال تكون هذه الحالة موجودة بين المريض والطبيب نتيجة عدم تناسق المعلومات بين الطرفين.

4. 2 نظرية تكاليف الصفقات: [1]

يعود ظهور هذه النظرية إلى مقال نشـــر عام 1937 كتبه Ronald.H Coase يتســـاءل فيه عن مســـألة أصـــل المنظمات الاقتصـــادية، واقتراحه هو أنه في حالة الســـوق هناك انخفاض كبير وتلقائي في تكاليف المعاملات وطور هذه الفكرة لاحقا Williamson حيث تســـعى إلى تحليل أنماط الحكم أو التنســـيق الاقتصـــادي، وهنا يمكننا تمييز شـــكلين من أشـــكال الحوكمة الأول هرميsubordination والثاني قائم على

[1] FOUDI BRAHIM, la contractualisation dans le système de santé algérien et marocain, En vue de l'obtention du diplôme de Magister en Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Bejaïa, 2011, P16

السـوق، وإذا قمنا بالمقارنة مع الأنظمة الصـحية نجد أن هناك تماثل حيث يتوافق الشـكل الهرمي مع تنظيم الدولة للنظام الصـحي، ومن ناحية أخرى يتوافق شـكل إدارة السـوق مع القطاع الصـحي الخاص، بين هذين الطرفين من الحوكمة توجد نظرية تكاليف المعاملات وهي شكل هجين من الحكم حيث لا تعتبر سوقا كاملا ولا تدخل بحتي الدولة، ويمكننا تمييز نوعين من تكاليف الصفقات وهي:

- تكاليف الصـفقات المسـبقة les couts de transaction ex ante: تظهر هذه التكاليف قبل توقيع العقد أي عند التفاوض على العقد فهناك تكاليف من الضـروري أن يتحملها كلا الطرفين عند الدخول في علاقة كتكاليف إعداد الوثائق اللازمة لإنهاء الإجراءات التعاقدية.
- تكاليف الصـفقات اللاحقة: يمكن تلخيصـها بشـكل رئيسـي من خلال مفهوم تكاليف تنفيذ العقود كالتكاليف المتعلقة بالإجراءات القانونية للتحقق من الامتثال لبنود العقد حول هذا الموضوع.

ومن المهم ملاحظة أن التكاليف المسبقة واللاحقة مرتبطة ببعضـها البعض، فعندما تكون التكاليف المسـبقة مرتفعة فهذا يعني أن التفاوض على العقد كان صـعبا ولكنه سـيقلل إلى حد كبير من التكاليف اللاحقة، كما يمكن أن تظهر هذه التكاليف اللاحقة في نهاية العقد كون نقاط الخلاف لم يتم حلها من البداية.

5. أسس النظام التعاقدي:

تتمثل الأسس التي يتركز عليها النظام التعاقدي فيما يلي: [1]

1. 1 لامركزية القرار:

تعتبر اللامركزية من الشروط الأساسية لتطبيق النظام التعاقدي فهي تعد من أهم الإصـلاحات الهيكلية في قطاع الإدارة العمومية بما في ذلك القطاع الصحي، لأن التطور الذي عرفه التسيير المؤسساتي في ظل اقتصاد السوق، وتبني النظام التعاقدي يضع قضية صناعة القرارات ضمن هذا الإصلاح ولذلك تم التركيز على أن يكون القرار لا

[1] بن حليمة حميدة، النظام التعاقدي وإصلاح المستشفيات، قسم علم الاجتماع جامعة باجي مختار عنابة، ص11

مركزيا أي توزيع سلطة صنع القرار على مجموعة كبيرة من الأشخاص (الموظفين، المديرين التنفيذيين...) حسب وظيفته لتقديم ما يراه يتناسب ويتلاءم مع إنجاح وتحقيق أهداف المؤسسة.

وعلى هذا الأساس يمكن تفويض التسيير الذي من خلاله تكون مسؤولية المدير مسؤولية استراتيجية ومسؤولية المصالح الطبية مسؤولية ميدانية، كما يساعد في اتخاذ القرارات الأكثر صوابا وتمكنهم من التحكم في مختلف المعلومات والوقوف على العراقيل والصعوبات التي تعترض السير الحسن للمصالح وبالتالي تحقيق الهدف من النظام التعاقدي وهو تحسين الخدمات الصحية.

1. 2 تحديد الأهداف والوسائل المادية:

تكون بداية النظام التعاقدي من تحديد وإبرام التعاقد الداخلي وفق الأهداف المقدمة ويتم تنسيق وتنظيم هذا التعاقد في المؤسسة بين مختلف أجهزتها مع هيئات اتخاذ القرار: المدير، المجلس الطبي، المجلس الإداري، رؤساء المصالح، حيث يتم مناقشة الأهداف والالتزامات المتمثلة في:

- أن تكون أهدافا واضحة وبسيطة مثل: تقليص نسبة المكوث للاستشفاء؛
- تحديد وحصر الأهداف مثل تخفيض نسبة وفيات المواليد من 30%إلى1%؛
- تعيين المدة الزمنية لتحقيق الأهداف المرجوة؛
- تحديد نسبة تحقيق الأهداف وتحديد هامش الإخفاق مثل: تقدر نسبة تحقيق الأهداف في حالة توفر الشروط إلى حوالي 90%أي هامش إخفاق حوالي 10%من النسبة المطلوب تحقيقها.

أما بالنسبة للتعاقد الخارجي الذي يكون بين المؤسسات الصحية ومموليها هذا النوع من العقود يصنف إلى عقد أهداف ووسائل ممتدة إلى سنوات متعددة، ويمكن اعتبارها برنامج عمل متفق عليه من قبل الجميع ويمكن تلخيص هذه الأهداف[1] في:

[1]بن حليمة حميدة، مرجع سبق ذكره، ص206

- توزيع الموارد البشرية والمالية بطريقة عقلانية؛
- تحديد طبيعة ونوعية الخدمة الصحية التي يمكن تقديمها مع الأخذ بعين الاعتبار لمبدأ تدرج العلاج.
- التوفيق بين مشروع المؤسسة الصحية والخارطة الصحية الجهوية.
- التوفيق بين نشاط المؤسسة والوسائل المتاحة.
- توضيح المسؤوليات وتحديد مجال تدخل كل طرف ممثل في العقد.

5. 3 توحيد الرؤية والتواصل:

لإنجاح مشروع المؤسسة في إطار النظام التعاقدي يجب العمل في جو يسوده توحد الأهداف وتقارب الأفكار، وهنا يأتي دور التواصل بين جميع شرائح العمال والمستخدمين في المؤسسة وتشجيع الاتصال أفقيا وعموديا حيث يجب القضاء على الجدار العازل بين مختلف مكونات المؤسسة الصحية: الإدارة، الأطباء، شبه طبيين، هذا من جهة والمسؤول الإداري ورئيس القسم ورئيس المصلحة من جهة أخرى.

المطلب الثاني: التعاقد الاستشفائي

يعتبر النمط التعاقدي أداة جديدة اتبعتها معظم بلدان العالم لإصلاح المنظومة الصحية وتحسين أداء المؤسسات الصحية، كما يعطي إطار رسمي للعلاقات داخلها وخارجها.

1. أنواع النمط التعاقدي:

نميز نوعين من النمط التعاقدي وهما[1]:

- **التعاقد الداخلي:** أي وجود عقد تفاوضي بين رئيس المصلحة والمدير ويتم تحديد فيه الأهداف والوسائل المتبعة وكيفية حشدها واستخدامها والاهتمام بنتائج تسييرها ودراسة الأثار المترتبة عن عدم الالتزام وتنفيذ هذا العقد، كما أن نجاح النمط التعاقدي هنا مرتبط بالإرادة المشتركة في تطوير وسائل

[1] خلاصي عبد الاله، مرجع سبق ذكره، ص146.

تحليل الأنشطة (المحاسبة التحليلية)، كما أنه في حالة تطبيق هذا النوع من التعاقد فإنه يمكن تغيير وتوزيع السلطات والمسؤوليات على مستوى المصالح، كما يمتد التعاقد الداخلي إلى إمكانية القيام بعقود مباشرة ما بين المصالح وصندوق الضمان الاجتماعي على حسب استقلالية المؤسسات العمومية.

- **التعاقد الخارجي:** يجب اعتماد أسلوب تسيير يكون مؤسس على نظام (مقدم، دفع) الذي من شأنه إلغاء النظام التقليدي السابق الذي يعتمد على المساهمة السنوية المحددة في المؤسسات الصحية، وعليه تصبح الخدمات العلاجية تغطى على أساس النشاطات، أي المستشفى يتحصل على اعتمادات أكبر كلما قدم خدمات علاجية أكبر للمرضى، وهذا يخلق نوع من المنافسة بين المؤسسات الصحية وبالتالي تحسين نوعية الخدمة وتقليل التكلفة وعليه يصبح النظام الصحي خاضع لمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية المنتجة للعلاج وصناديق الضمان الاجتماعي المشتري له.

2. أهداف التعاقد الاستشفائي:

من بين الأسباب التي أدت إلى تبني النظام التعاقدي كبديل لتسيير القطاع الصحي الارتفاع المستمر للنفقات الصحية وعدم القدرة على التحكم في التكاليف إضافة إلى رداءة نوعية الخدمة المقدمة، فاعتماد النمط التعاقدي من شأنه تحقيق مجموعة من الأهداف تتمثل في:[1]

- **التحكم في النفقات:** يسمح تطبيق النهج التعاقدي بإمكانه تحقيق النجاعة والفعالية في المستشفيات من خلال:
  - الدقة في التمويل :ويكون هذا على أساس بيانات دقيقة توضح كل الخدمات المقدمة وتكاليفها؛

[1] سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة الجزائر3، 2010، ص 359.

- إمكانية وضع نسب مرجعية للمقارنة: هذه النسب عالمية ووطنية تمكننا من معرفة المؤسسات الاستشفائية الأكثر إنفاقا، وكذا اتخاذ الاجراءات التصحيحية اللازمة؛
- حرية المبادرة والمنافسة: التي تدفع الهيئات العمومية إلى التفكير في تحسين نوعية خدمات المقدمة وعلى هذا الأساس يتعين على المؤسسات الصحية العمومية التحكم في نفقاتها؛
- تشخيص التكاليف: لا يكفي معرفة التكلفة الاجمالية فقط والتي تعني كامل المؤسسة الاستشفائية بل يجب معرفة تكلفة أدنى وظيفة في المستشفى وهنا نتكلم عن ضرورة تطبيق اللامركزية داخل الهيئة الاستشفائية ذاتها؛
- عقلانية الانفاق: وذلك بالاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى؛
- الفعالية: تعني تحقيق جميع الأهداف، حيث أن تعاقد المستشفى مع جهات خارجية يؤدي الى تقديم خدمات من شأنها إرضاء المريض؛
- النجاعة: تعني تحقيق الأهداف بأقل تكلفة ممكنة، وذلك من خلال قيام المؤسسة الصحية بالتعاقد مع مؤسسات متخصصة مثلا في التنظيف أو الغسيل، الاطعام، الصيانة.. الخ مما يؤدي الى القيام بالخدمة على أحسن وجه وذلك من خلال تخفيض الأعباء كالأجور والتجهيزات اللازمة للوظيفة.

- **التحكم في بعض المؤشرات الصحية:** تعتبر نسبة الاستشفاء من أهم المؤشرات الصحية، وبالتالي فإن عدم التحكم في هذا المؤشر يؤدي إلى الزيادة في حجم النفقات، وبالتالي تعتبر المراجعة الدائمة للاستعمال الفعلي للأسرة ضرورية كأمر مكمل لتوفير وسائل التشخيص لتفادي طول مدة المكوث في المستشفى دون جدوى.

- **تسـيير عقلاني للموارد البشـرية:** لابد للنظام التعاقدي من أجل إنجاحه توفير إطارات ذات كفاءة لتمكن من التأقلم مع هذا التغيير، لذا من الضـروري التكوين الجيد لإيجاد العنصـر البشـري القادر على مواكبة التغيرات الجديدة، وكذلك تحديد مهام كل وظيفة بالتفصيل لتكون فيما بعد كأساس للتقييم.
- **تحسـين نوعية العلاج:** إن التعاقد لا يمس فقط إجراءات التمويل ولكن أيضـا نوعية العلاج والإيواء والإطعام لأن المستهلك سيصبح شريكا فعليا في هذا التعاقد كونه يمثل الزبون، ولإرضائه يجب تقديم نوعية علاج جيدة وهذا ما سيؤدي بدوره إلى تحسين المؤشرات الصحية

المطلب الثالث: التعاقد الاستشفائي في الجزائر.

نظرا للسـلبيات والثغرات التي عرفها النظام الصـحي الجزائري والتي كان سـببها الرئيسـي نظام التمويل الجزافي الذي يتبنى منطق الإنفاق دون الاهتمام لنوعية الخدمات المقدمة، كان لابد من إعادة النظر في العملية التمويلية للصحة من خلال تبني النمط التعاقدي كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الانفاق الصحي المتزايد.

حيث وبموجب قانون المالية 1992، تم ولأول مرة ذكر العلاقات التعاقدية كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية وقد شهد هذا النمط إصدار عدة مراسيم وقوانين تنظم كيفية ومسار تطبيقه والقواعد والشروط التي يتطلبها.

1. شروط ومتطلبات تأسيس النمط التعاقدي في الجزائر:

إن وضع النظام التعاقدي حيز التطبيق يستدعي توفير شروط من شأنها تمكين المسير من تقييم الخدمة الصحية كما وكيفا، كما أن هذه الشـروط تسـتدعي بدورها تدعيما بوسـائل مكيفة وفي هذا الصـدد يمكننا ذكر بعض هذه الشروط كالآتي:[1]

- مكتب الدخول: يعتبر محور نظام المعلومات الاسـتشـفائي بحيث له علاقة مع كل من المصـالح الطبية والإدارية إضافة إلى إتصال خارجي (البلدية، الشرطة، صناديق الضمان الاجتماعي ...)

[1] سنوسي علي، مرجع سبق ذكره، ص366_367

كما هذا المكتب حجر أساس النمط التعاقدي كما أنه الأداة الأولية لتجسيد الإصلاحات المعلن عنها في إطار تطبيق النمط، لهذا فلابد من إعادة تنظيمه وفق المهام المخولة له قانونيا وكذا عصرنته وتدعيمه بوسائل مادية وبشرية مكيفة، ومطالبة جميع مسؤولي المؤسسات الصحية العمومية بتحديد الهيكل التنظيمي لمكتب الدخول الذي يفترض أن يتسم بالانسجام والتناسق.

- المتابعة عن طريق الاعلام الآلي: من خلال تثبيت واختيار دعائم مساعدة على الاعلام وتعميمها علما أن هذه الركائز تتمثل أساسا فيما يلي:
  - ✓ استمارة العلاج،
  - ✓ استمارة القبول،
  - ✓ طلب التكفل بالمريض.
- وضع وسائل تسيير فعالة حيز التنفيذ تتمثل في:
  - ✓ طريقة حساب التكلفة؛
  - ✓ السهر على مردودية العامل البشري بتحفيزه وحثه على النتائج.
- ادراج الفوترة والاستغلال الأمثل لاستمارة العلاج: وهي استمارة تتبع المريض اجباريا منذ دخوله المستشفى مع تسجيل كل الخدمات والتدخلات الطبية والشبه طبية وكل الأدوية التي قدمت للمريض حيث يتم حساب الكمية المستهلكة وليس ثمن الأدوية، وبعد ملئها ترسل الى مصالح الإدارة بالمستشفى أين يتم تلخيصها وإعادة تسجيلها في الفاتورة التي ترسل الى صناديق الضمان الاجتماعي،[1] ورغم الأهمية الكبيرة التي تحتلها استمارة العلاج إلا انه تم التخلي عن دورها ومهامها وذلك بعد اعتماد الطب المجاني لذا فإن العودة إلى المنطق الاقتصادي أي اعتماد النمط التعاقدي يفرض علينا إحياءها من جديد لأنها تمكن من:
  - ✓ التحكم في التكاليف؛
  - ✓ التخصيص الرشيد لموارد المستشفى؛

- ✓ تحمل المسؤولية بالنسبة للممثلين؛
- ✓ تضمن لمكتب الدخول أداء مهامه في أحسن الظروف؛
- ✓ تسيير جيد ورشيد للنفقات مدعم بمحاسبة تحليلية دقيقة.[1]

- اطلاع كل مستخدمي الصحة على مشروع النمط التعاقدي: وذلك من خلال وضع برنامج حقيقي في مجال التكوين المتواصل لفائدة مستخدمي الصحة لأجل حثهم على ايفاء المعلومات وتبيان الغاية المستهدفة من ذلك، وبرمجة أيام دراسية تستهدف توضيحات وشروحات حول مغزى هذا النمط الجديد لتسيير مؤسسات الصحة العمومية وكيفية وضعه حيز التنفيذ على المستويات المختلفة بحيث نخص بالذكر على وجه الخصوص كل من الأطباء، والمرافقين الطبيين، وأعوان مكتب الدخول.
- التقييم الدوري لمدى تنفيذ التزامات الأطراف وتقديم التصحيحات اللازمة بمراعاة جميع التجارب الجهوية.

2. مراحل تأسيس النمط التعاقدي في الجزائر:

اعتمدت الجزائر النظام التعاقدي كآلية جديدة للتمويل الصحي وتغطية الخدمات الصحية وذلك في إطار الجهود والاصلاحات التي قامت بها للارتقاء بهذا القطاع، وقد مر تبني هذا النظام بعد مراحل تتمثل في:

1.2.المرحلة الأولى:

وهي المرحلة التي تم فيها طرح وتقديم مشروع النهج التعاقدي وشرحه لكل أطراف التعاقد، امتدت من 1990حتى 1997 وكانت أول خطوة في ذلك هي انعقاد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية سنة 1990أين ظهرت بوادر هذا النظام[2]، فقام بطرح بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة مع اقتراح حلول لها، وشكلت في اطاره ست لجان وهي:[3]

- لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية؛
- لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة؛

[1] علواني، مرجع سبق ذكره، 206
[2] إيمان العباسي، تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية _دراسة حالة الجزائر_، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، ص13
[3] العلوني، مرجع سبق ذكره، ص207

- لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية؛
- لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة؛
- لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة؛
- لجنة التكوين.

ليتم بعدها وبموجب قانون المالية 1992 لأول مرة منذ اعتماد مجانية العلاج (سنة 1973) اقتراح نظام جديد للتمويل وهو النظام التعاقدي الذي يجمع بين وزارة الصحة والضمان الاجتماعي.

قانون المالية 1995: وهنا تجاوز المشرع الجزائري مجرد ذكره لهذا النهج الجديد للتمويل ليقوم بالتطرق إلى اختصاص كل من الدولة والضمان الاجتماعي وتم توضيح ذلك في المادة 132 التي نصت على أنه :"يتم تطبيق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان، وهذا حسب الكيفيات المحددة عن طريق التنظيم وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية لصالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم"[1] بحيث يتكفل الضمان الاجتماعي بتغطية النفقات الخاصة بالمؤمنين وذوي حقوقهم، أما ميزانية الدولة فتتكفل بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا.

رغم كل المؤتمرات والتقارير والحلقات الدراسة التي اخصت واعدت من أجل تفعيل النمط التعاقدي في المنظومة الصحية الجزائرية، إلا أنه لم يتم اتخاذ أي اجراء مهم نظرا للوضع السياسي الذي شهدته البلاد.

2.2.المرحلة الثانية:

شهدت هذه المرحلة بداية التطبيق التجريبي للنمط التعاقدي، حيث نصت التعليمة الوزارية الصادرة في سبتمبر 1997على الشروع في تطبيق نظام تسيير جديد في بعض المؤسسات الصحية العمومية وهي:

- المراكز الاستشفائية العمومية لكل من الجزائر العاصمة وتيزي وزوو؛

[1]- أمر 03/94 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، الصادرة في 1994/12/31، الجريدة الرسمية، العدد 87.

- المؤسسات الاستشفائية المختصة: مركز بيار وماري كوري لأمراض السرطان، مركز الهادي فليسي للأمراض المعدية بالقطار، مركز آيت إيدير لجراحة الأعصاب؛
- قطاع الصحة للمدية.[1]

كما وتم التوصل في هذه المرحلة لوضع الأسس العامة للنمط التعاقدي، وانشاء وحدة لصندوق الضمان الإجتماعي على مستوى المؤسسات الصحية تسمح بتحديد ومراقبة حالة المستخدمين الصحيين سواء كانوا من فئة المؤمنين، ذوي الحقوق، المعوزين، إضافة إلى التحقق من مطابقة الملفات الطبية مع الخدمات الموجودة في فواتير تكاليف الاستشفاء.

3.2.المرحلة الثالثة:

شهدت هذه المرحلة خلال سنتي 1997و 1998 تقييم غير إيجابي بشكل عام، كما وتعرف هذه المرحلة بمرحلة تنفيذ التوصيات الأولية التي تختص أساسا بمكتب الدخول نذكر منها:

- تعميم تنصيب مكتب الدخول على مجموع الهياكل الاستشفائية؛
- تزويده بمختلف الوسائط المعيارية (طلب الاستشفاء، استمارة القبول، استمارة العلاج)؛
- تجهيزه وتدعيمه بوسائل الحوسبة والالكترونيات.

4.2. المرحلة الرابعة:

عرفت هذه المرحلة تشكيل لجنة مكلفة بتقييم ومراقبه النمط التعاقدي ومسار وآليات تطبيقه ما بين المنشآت العمومية الصحية ومنظمات الحماية الاجتماعية. في 16 مارس 2002و هي عبارة عن مجموعة وزارية مشتركة تم تنصيبها من طرف السيد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزير العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي، وتتكون هذه اللجنة من ممثلين عن[2]:

[1] CHEURFA & KAÏD TLILANE, LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES, Economie & Société N° 10 / 201, P.79.
[2]- CHEURFA Taous (Doctorante) Pr KAÏD TLILANE Nouara، op.cit، p81

- ✓ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛
- ✓ وزارة العمل والحماية الاجتماعية؛
- ✓ وزارة المالية؛
- ✓ الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS)؛
- ✓ الصندوق الوطني الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS)؛
- ✓ مسيرين من المؤسسات العمومية للصحة.

وكان هدف هذه اللجنة الأول هو الحفاظ على التوازن المالي لكل من هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية العمومية، ركزت أعمالها أساسا حول رد الاعتبار لمكتب الدخول والتعريف بإجراءات الدخول والتكفل بالمريض،[1] ومن أجل البناء التدريجي والتطوير الفعال لعملية التعاقد عرضت اللجنة الوزارية أنماط الدفع الأكثر نجاعة لضمان السير الحسن للمؤسسات الصحية العمومية، وفي هذا الصدد تم اقتراح نمطين هما:[2]

- ✓ التكلفة المتوسطة لليوم الاستشفائي.
- ✓ الجزاف لكل مريض.

كما وتم وضع برنامج العمل لسنة 2004 الذي نص على بعض التوصيات نذكر منها:[3]

- تعميم النهج التعاقدي على كل المؤسسات الصحية العمومية؛
- وضع وتنفيذ برنامج تكويني يخص كل الموظفين المسؤولين عن الاعلام؛
- إضافة عضو جديد إلى اللجنة الوزارية المشتركة الخاصة بمراقبة النمط التعاقدي والمتمثل في ممثل عن وزارة الداخلية والجماعات المحلية، وذلك بهدف تسهيل عملية تحديد فئة المعوزين والتكفل بهم؛

مع نهاية سنة2004 اعتبر وزير الصحة المرحلة بمثابة نهاية التجربة التي تم اعتمادها في بعض المؤسسات الصحية، وأنه من المستطاع الانطلاق في تعميم العلاقة التعاقدية مع بداية سنة 2005 ولتحقيق ذلك تم تشكيل

[1] العلوني، مرجع سابق، ص210

[2] CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit.pp.83-84

[3] CHEURFA & KAÏD TLILANE, op.cit. pp85

لجنتين الأولى تختص بمدونة الأعمال وتقع تحت سلطة وزارة الصحة، أما الثانية فمسؤولة عن وضع التسعيرات وتتولاها وزارة الضمان الإجتماعي.

5.2.المرحلة الخامسة:

شهدت هذه المرحلة أول تعديل في كل من مدونة وتسعيرات الأعمال الطبية منذ أن تم اعتمادهم سنة 1985و شهد هذا التعديل زيادة أكبر من 400%من الأعمال الطبية والجراحية، فأصبح عددها 8000عمل بعد أن كانت المدونة سابقا تحتوي على 1800 عمل فقط، لكن هذا التغيير اقتصر فقط على اللجنة المسؤولة على مدونة الأعمال ولم يمتد إلى المختصة بالتسعيرات، حيث ورغم المفاوضات التي شهدتها هذه اللجنة والتي كان من المقرر أن تؤدي مهمتها مع بداية سنة 2008 إلا أن الأمر بقي معلقا ليومنا هذا.

في سنة 2008 قامت وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي بطرح نظام عصري جديد يرتكز على آليات تقنية حديثة وتكنولوجيات دقيقة، و يعرف هذا بنظام بطاقة الشفاء و هي عبارة عن بطاقة تحتوي شريحة الكترونية (الموقع الالكتروني لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء)تجمع جميع المعلومات التي تسمح بتعريف المؤمن له و ذوي حقوقه و كذلك الاستفادة من جميع المزايا و الوظائف التي يوفرها الضمان الاجتماعي كما و تمكن بطاقة الشفاء عند تقديمها لكل من الطبيب و جراح الأسنان، الصيدليات و مختلف المؤسسات الصحية من العلاج و يشمل ذلك مختلف الخدمات الصحية و المواد الصيدلانية(نظام الدفع من قبل الغير)،[1] و يهدف الى جعل هذه البطاقة عبارة عن ملف محمول للمؤمن له حيث يحمل جميع المعلومات الصحية ، الفحوصات الأدوية الموصوفة ...

4. **خصائص وطبيعة العلاقة التعاقدية في الجزائر:** من خلال دراسة العلاقة التعاقدية نظريا فإن العلاقات التعاقدية تصنف إلى ثلاثة أنواع رئيسية:

- ✓ تعاقد على أساس تفويض المسؤولية؛

[1]خليل مولاي، طهرات عمار، قراءة وصفية تحليلية لتجربة بطاقة الشفاء كنموذج لتطبيق الإدارة الالكترونية في الجزائر، مجلة الاستراتيجية والتنمية، المجلد13، العدد01، جانفي 2023، ص217

- ✓ تعاقد على أساس استراتيجية شراء؛
- ✓ تعاقد على أساس التعاون ما بين الممثلين.

ولكل نوع من هذه الأنواع الخصـــائص التي يتميز بها والظروف التي يجب أن توفر له من أجل ضـــمان نجاح العملية، وإذا ما أسقطنا الدراسة النظرية على تجربة الجزائر الحالية يمكننا استخلاص ضمن أي نوع من العلاقات تندرج التجربة الجزائرية وهي التعاقد على أساس استراتيجية الشراء، هذا الأخير الذي يتطلب شروط محددة ويتميز بطبيعة تعهد خاصة تتمثل فيما يلي:[1]

1.4.شـــروط العلاقة التعاقدية المبنية على اســـتراتيجية شـــراء الخدمات: يتطلب هذا النوع من العلاقات التعاقدية توفر عدة شروط نذكر منها:

- **<u>الفصـل بين سـلطات التمويل وسـلطات تقديم الخدمات</u>:** رغم ترابط هاتين الوظيفتين، إلا أن هذا الفصـل يعد شـرط ضـروري لتنصـيب نمط تعاقدي قائم على اسـتراتيجية شـراء الخدمات من المؤسـسـات الصـحية لضـمان رقابة صـناديق التأمين على أداء هذه المؤسـسـات والوقوف على حالات التبذير التي قد تقوم بها هذه الأخيرة، لذلك فمن الضـــروري و من أجل تحقيق هذا الفصـــل الحرص على عدم الحاق الضـــمان الاجتماعي وهياكله بوزارة الصـحة من أجل الحفاظ على هدفه الرئيسـي من هذه العلاقة وهو الرقابة على المؤسـسـات الصـحية من حيث أدائها للخدمات من جهة، وأشـكال الإنفاق في المنظومة الصـحية الوطنية التي تأثرت بمجانية العلاج وسوء التسيير والتبذير الذي رافقه من جهة أخرى.
- **<u>منح استقلالية قانونية للمؤسسات الصحية:</u>** تعد الاستقلالية القانونية شرط رئيسي لعقد علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات التمويل، حيث تمكنها من عقد اتفاقيات التعاقد مع الممولين دون الحاجة للجوء إلى السلطات المركزية لعقد هذه العلاقة، الشـيء الذي يمكن كل مؤسـسـة من هذه المؤسـسـات من تحسـين خدماتها بالقدر الذي يمكنها من ضـمان مكان رئيسـي في سـوق تقديم الخدمات الصـحية وتقديم خدمات أحسن للمواطن.

[1] العلواني عديلة، مرجع سبق ذكره، ص 216

2.4.طبيعة التعهد في هذه العلاقة: تقوم العلاقة التعاقدية التي تبنتها الجزائر على التعهد بالوسائل والنتائج، هذه التعهدات التي تعد من أصعب أنواع الالتزامات التي قد تأخذها المؤسسات الصحية على نفسها.

- **تعهد بالوسائل:** المقصود تسخير كافة الوسائل والإمكانيات الضرورية من أجل ضمان أحسن الطرق لتقديم الخدمات الصحية للمريض.
- **التعهد بالنتائج:** ويقصد بهذا النوع من التعهد التحديد الدقيق للنتائج وضمان تحقيقها، ويعد هذا التعهد من أصعب التعهدات التي تأخذها المستشفيات على نفسها ويعود ذلك الى صعوبة وعدم القدرة على تحديد وقياس بعض النتائج كما أن ذلك يتطلب درجة كبيرة من التقدم في المجال الطبي على عكس ما هو موجود في على المستوى الوطني، لذا فهذا التعهد من الصعب إن لم نقل من المستحيل تطبيقه في الجزائر في ظل الظروف الراهنة التي تتخبط فيها المنظومة الصحية.

خلاصة الفصل:

شـهد النظام الصـحي الجزائري منذ الاسـتقلال لوقتنا الراهن تطورات وتحولات كبيرة مسـت قطاع الصـحة من فترة إلى أخرى، وهو الشـيء الملاحظ من التحسـن في المؤشـرات الصـحية مثل انخفاض معدل الوفيات، اختفاء العديد من الأمراض المعدية، ارتفاع عدد الهياكل والمنشآت الصحية، وزيادة في عدد المستخدمين الصحيين...

لكن على الرغم من الجهود المبذولة والأموال الضـخمة المخصـصـة للارتقاء بالصـحة في الجزائر إلا أن النظام لم يخلو من المشـاكل والاختلالات في شـتى المجالات ولعل أهمها المتعلقة بالتمويل حيث تسـجل معظم ميزانيات مؤسسـات الصـحة العمومية عجزها أمام تفاقم النفقات الصـحية وعدم قدرتها على التمويل، التسـيير والرقابة المالية وهذا ما نتج عنه تدني في مسـتوى الخدمات الصـحية وتسـجيل العجز في تلبية الطلب على الصـحية للسـكان لما يتوافق مع احتياجاتها وتوقعاتهم.

لذا كان من الضـروري اعتماد النمط التعاقدي كنمط جديد لتمويل النظام الصـحي، حيث أصـبح هذا النمط الجديد من متطلبات الإدارة الصـحية الناجحة والفعالة ويسـمح بتحقيق مجموعة أهداف من شـأنها رفع كفاءة القطاع الصحي.

الفصل الثانـي:

العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي

الفصل الثاني: العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي

تمهيد:

نظرا للمشاكل والاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية الجزائرية تم تبني آلية التعاقد بين القطاع الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي سعيا للتكريس الحقيقي للحق في الصحة وضمان خدمات صحية نوعية للمواطن وتحقيق الشفافية والنجاعة الضروريتين في إطار الضمان الاجتماعي والصحة خصوصا من ناحية التسيير والتمويل، كما وركزت كل الحكومات المتعاقبة على تطبيقه في القطاع العمومي للصحة بهدف استبدال التمويل الجزافي من طرف الضمان الاجتماعي وترشيد النفقات الصحية، إلا أنه من الملاحظ لم يتم التوصل بعد لتطبيق هذا النظام في القطاع العمومي.

وعلى المقابل من ذلك فقد لقي النظام التعاقدي نجاحه في القطاع الخاص للصحة الذي أضحى يحتل مكانة معتبرة في المنظومة الصحية الجزائرية، وكان بهدف تخفيف المصاريف العلاجية للمؤمنين أو اعفائهم منها في غالب الأحيان وبالتالي تخفيف العبء والعناء عن المرضى والمضي نحو التجسيد الفعلي للحق في الصحة، وكان ذلك من خلال ابرام مجموعة من الاتفاقيات مع المؤسسات الصحية الخاصة ومقدمي العلاج والخدمات الصحية، آخرها هي الاتفاقية مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.

ولفهم كل هذا قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى:

- **المبحث الأول: القطاع الصحي الخاص والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.**
- **المبحث الثاني: الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التأمينات الاجتماعية.**

المبحث الأول: القطاع الصحي الخاص والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

بعد الاحتكار الطويل للقطاع العمومي في مجال الصحة تم فتح المجال أمام القطاع الخاص للسماح له بالمشاركة في تقديم مختلف الخدمات الصحية، وكان ذلك وفق صيغ ومراحل مختلفة وصولا إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة، وذلك بغية تحقيق تعاون وتكامل ولو في بعض الخدمات الصحية بين القطاعين نظر لصعوبة وثقل تحمل الدول لمجمل الخدمات الصحية، وهذا كله أمام متابعة ومراقبة صارمة للدولة من خلال نظام قانوني متكامل يوازن بين الحرية في ممارسة النشاط وبين خصوصيته التي تستلزم وجود مبادئ وشروط يجب احترامها.

المطلب الأول: تقديم القطاع الصحي الخاص.

1) تعريف القطاع الخاص:

يمثل القطاع الخاص اليوم المحور الأساسي لعملية التنمية الاقتصادية والإجتماعية في معظم بلدان العالم سواء المتقدمة منها أو النامية نظرا للمزايا والامكانيات الكبيرة التي تميزه وتأهله للقيام بدور ريادي في شتى المجالات الاقتصادية والاجتماعية.[1]

ويعرف القطاع الخاص بأنه عنصر أساسي في النشاط الاقتصادي ويتميز بالملكية الخاصة، أما عملية الإنتاج فيه فتقوم على نظام السوق والمنافسة، وتحدد فيه المبادرة الخاصة وتحمل مخاطر القرارات والأنشطة المتخذة إذ أنه وفي ظل اقتصاديات السوق التي تقوم على أساس اقتصادي قوامه القطاع الخاص، فإن آلية السوق هي التي تحدد ما ينتجه وما يستهلكه في ظل نظام المنافسة.[2]

بالنسبة لواقع هذا القطاع في الجزائر فإنه يتميز بالنشاط الضعيف وعدم الفعالية في الاقتصاد الوطني، حيث أن نمو القطاع الخاص لم يتجاوز 50%من نسبة مساهمته في تكوين القيمة المضافة، إلا أن التوجه الجديد بعد

[1]مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب **"دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية دراسة حالة الجزائر"**، مجلة الباحث: العدد 07، 2009_2010، ص138.

[2]بودخدخ كريم، بودخدخ مسعود، **"رؤية نظرية حول استراتيجية تطوير القطاع الخاص في النشاط الاقتصادي"**، ورقة بحثية مقدمة للمشاركة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول: «دور القطاع الخاص في رفع تنافسية الاقتصاد الجزائري والتحضير لمرحلة ما بعد البترول"، 2011، ص3.

1990 لبناء اقتصاد يعتمد على آليات السوق والانسحاب التدريجي للدولة من الإنتاج المباشر للخدمات، وأيضا الإطار التشريعي الجديد وما تضمنه من ضمانات و تشجيعات للقطاع الخاص أعطى حيوية وانتعاش لهذا الأخير، الشيء الذي يمكن ملاحظته من خلال ارتفاع مساهمته في تكوين القيمة المضافة الإجمالية التي بلغت حوالي47.5% سنة 2001.[1]

2) خصائص القطاع الخاص:

إن أهم ما يميز القطاع الخاص عن غيره هي السرعة في الإنتاج والابداع، حيث يرى أصحاب القطاع الخاص أن تدخل الدولة بشكل مباشر في الإنتاج يعيق القوى البشرية داخل الوحدات الاقتصادية العامة لعدة أسباب اقتصادية وإجتماعية، نفسية وغيرها، كما ويمتاز هذا القطاع بخاصية الديناميكية والحيوية وسرعة المبادرة، وانعدام البيروقراطية المعرقلة للتسيير الفعال ونجاعته.[2]

ومن أهم عوامل نجاح القطاع الخاص في الكثير من الدول وحسب رأي بعض الاقتصاديين فهي تتمثل فيما يلي:[3]

- وضوح الهدف والمتمثل في تحقيق المنفعة والربح الأقصى؛
- توظيف العدد الضروري من العمال فقط عكس القطاع العام الذي يتميز بفائض مستمر في عدد العمال مما يخفض من انتاجيته؛
- استعمال القطاع لنظام المكافآت والحوافز ومعاقبة المقصرين؛
- المنافسة وسرعة الإنجاز.

3) تعريف القطاع الصحي الخاص:

يمكن تعريف القطاع الصحي الخاص بأنه جميع المستشفيات التي تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص كشركة مساهمة ويهدف هذا النوع من المستشفيات من خلال تقديمه للخدمات الطبية إلى

[1] مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب، مرجع سابق، ص138.
[2] لمزواد صباح، **"دور القطاع الخاص في انشاء المدن الجديدة"**، مذكرة ماجيستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، جامعة منثوري قسنطينة، الجزائر،2012_2013، ص21.
[3] نفس المرجع، ص.22.

تحقيق أرباح ويطلق عليها المستشفيات الربحية وتقاس كفاءتها بكمية الأرباح المحققة في نهاية السنة المالية، كما يطبق في هذا النوع من المستشفيات مبادئ إدارة الأعمال والتي تسعى إلى تحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق.[1]

إذا فالشيء الذي يميز مستشفيات القطاع الخاص عن تلك العمومية هو أسلوب الإدارة الذي يكون وفق أسلوب إدارة الأعمال، هذا إضافة إلى سعيها الدائم لتحقيق الربح، ومن أهم أنواعها نجد:[2]

مستشفيات بأسماء الأطباء:

تحمل هذه المستشفيات أسماء أصحابها من الأطباء أو أساتذة مشهورين في تخصصات طبية مختلفة، وقد تكون له سمعة وطنية أو دولية، ويتولى هؤلاء الأطباء إدارة هذه المستشفيات وتقديم خدماتها كل في مجال تخصصه مقابل الحصول على الأتعاب، حسب ما اتفق عليه مع المرضى، وسر نجاح هذه المستشفيات يعود بالدرجة الأولى لاعتماده على الخبرة والمهارة والسمعة الطبية لأصحاب هذه المستشفيات، نظرا للجودة الرعاية الصحية التي يقدمونها لمرضاهم.

مستشفيات الجمعيات غير الحكومية:

تقوم الجمعيات الخيرية أو الدينية بإنشاء المستشفيات عن طريق الهبات والتبرعات والهدايا التي تحصل عليها، وقد تأخذ هذه المستشفيات شكل المستشفى العام أو المتخصص، وذلك من حيث الخدمات التشخيصية والعلاجية التي تقدمها، بالرغم من أن هذه المستشفيات غير حكومية فإنها لا تسعى للربح، وإنما تسعى لتقديم خدمات صحية مجانا أو بأسعار زهيدة.

المستشفيات الاستثمارية:

وهي تقدم خدمات صحية متخصصة في مجالات طبية محددة، وهي تأخذ شكل شركات المساهمة أو الشركات ذات المسؤولية المحدودة.

[1] بحدادة نجاة، مرجع سابق، ص46.

[2] أمير جيلالي، **"محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية في الجزائر"**، أطروحة دكتورة، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008_2009، ص138.

المطلب الثاني: القطاع الصحي الخاص في الجزائر.

1) نشأة وتطور القطاع الصحي الخاص في الجزائر:

عرف القطاع الصحي الخاص في الجزائر تطورا ملحوظا ومستمرا وكان ذلك تماشيا مع التحول الكبير في المعادلة الاقتصادية للبلاد حيث شهد القطاع الصحي بداية تطبيق النموذج الليبيرالي الذي تجسد من خلال العمل على خوصصة القطاع وكان ذلك وفق مراحل:

- تطور واعتماد وتنصيب العيادات الخاصة في المدن؛
- الترخيص بفتح العيادات الخاصة؛
- الانفتاح الكامل.[1]

وخلال مختلف هذه المراحل ظهرت قوة القطاع الصحي الخاص وشهد عدة توسعات منها:

- توسع في العرض وطريقة العمل؛
- زيادة في عدد الأطباء الذين يعملون لحسابهم؛
- زيادة عدد الأسرة التي يوفرها القطاع الصحي الخاص؛
- إضافة إلى توسع في المنظور الاقتصادي والليبيرالي وانفتاح سوق الأدوية.[2]

فبعد مرور ثلاث سنوات من إصدار قانون 85_05 للصحة أصبحت هناك ضرورة ملحة للتغيير والمتماشي مع ظروف الدولة عن طريق فتح المجال للقطاع الخاص والسماح بالخوض في معركة الاستثمار في مجال الصحة، وتجسد ذلك من خلال التعديل في قانون الصحة بموجب القانون 88_15 الصادر في 03 ماي من سنة 1988 الذي سمح للخواص بإنشاء وفتح عيادات استشفائية وفقا للمادة 208التي نصت على أن " تمارس الأنشطة الطبية

[1] - Fatima Zohra Oufriha, Collaboratore : De Reforme Un Système De Santé A croisée Des Chemains. Alger, 2006, p 203.

[2] مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب، مرجع سابق، ص138

من قبل الخواص في العيادات الاستشفائية وعيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان والصيدليات ومخابر النظارات والأجهزة الاصطناعية الطبية".

وأكد على ذلك المرسوم التنفيذي 88_204 الصادر في 18 أكتوبر 1988 الذي رخص بفتح المؤسسات الاستشفائية أمام الخواص، وقد تميز القطاع الصحي الخاص في هذه المرحلة بضعف شديد في التنظيم والتأطير القانوني الفعال الشيء الذي جعله ينمو و يتطور بطريقة عشوائية وغير منتظمة، وأمام هذا الوضع كان إلزاميا على الدولة وضع وإصدار جملة من القوانين و التنظيمات بهدف القضاء على هذا القصور، فصدر في هذا السياق العديد من الأوامر و التعليمات الوزارية بداية من الأمر 01 الصادر في 08 فيفري 1994 المتعلق بعيادات التوليد، والأمر رقم 614 المتعلق بإجراءات تسليم رخص إنشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة، والأمر رقم 07 الصادر في 25 فيفري 1995 المتعلق بالمعايير التقنية و شروط سير مراكز تصفية الدم الخاصة، والأمر رقم 03 الصادر 16 مارس 1998 المتعلق بمعدات العيادات الخاصة بالخصوص المتعلقة بنقل المرضى والأمر 04 الصادر في 26 أفريل 1998المتعلق بممارسة الطب في عيادات الجمعيات الخاصة بالإضافة الى تنظيمات أخرى متعلقة بتنظيم الممارسة الطبية داخل المؤسسات الخاصة.

كما وتم تعديل المادة 208 لقانون 88_15 بموجب القانون 06_07 الصادر في 15_07_2006 حيث تم إضافة المؤسسات الاستشفائية الخاصة كوسيلة لممارسة الطب في القطاع الخاص، أي أنه تم تغيير التسمية من العيادات الاستشفائية إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهذا التغيير مرتبط بزيادة القدرة الاستيعابية التي أصبحت غير محدودة وكذلك بتغيير في النظام القانوني، أخيرا نجد قانون18_11 المتعلق بالصحة والذي نص بدوره من خلال المادة 308على أن" يتم ضمان نشاطات الصحة التي يمارسها بصفة خاصة مهنيو الصحة لاسيما في:

المؤسسات الاستشفائية الخاصة؛

المؤسسات الخاصة للعلاج و/أو التشخيص؛

هياكل الممارسة الفردية؛

هياكل الممارسة الجماعية؛

الصيدليات والممارسات الصيدلانية؛

مخابر التحاليل الطبية؛

الهياكل المعتمدة للنقل الصحي.

إذا فقد تمكن القطاع الخاص وفق مختلف مراحل تطوره من إحراز مكانة هامة في النظام الصحي الجزائري حيث أصبح من أهم مكوناته الأساسية، كما ويتكون من مجموع عيادات الفحص الطبي والعلاج وعيادات جراحة الأسنان، والصيدليات ومخابر التحليل الطبي، مخابر النظارات والأجهزة الطبية، إضافة للمؤسسات الاستشفائية حيث وبعدما كان نشاط المصحات الخاصة يقتصر على الفحص والتشخيص تطور إلى ممارسة الأنشطة الطبية والجراحية بما فيها أمراض النساء والتوليد.

كما أن نشأة و تطور القطاع الصحي الخاص في المنظومة الصحية لا يقتصر على الأطباء فقط ،بل تعدى الأمر إلى مدارس التكوين الشبه الطبي الخاصة حيث بلغ عددها 16 مدرسة موزعة على 7 ولايات تقوم بالتكوين الأولي لفئة الشبه طبي فحسب احصائيات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات فإن عدد المتكونين بهذه المدارس فاق 3000 متكون خلال 08 سنوات(2002_2010) هذا العدد الذي يمكن من سد بعض العجز والنقائص التي يعاني منها القطاع الصحي في الجزائر و ذلك في حالة المصادقة على شهادة المعادلة لمتكوني هذه المدارس مع المدارس العمومية.[1]

3. تحديات ومشاكل القطاع الخاص في الجزائر:

يشهد القطاع الصحي الخاص في الجزائر مجموعة من الاختلال و المشاكل التي تعرقل من سيرورته و فعاليته حيث تفتقر معظم العيادات الخاصة إلى ملفات حقيقية للمرضى حيث يقوم طبيب واحد بإعداد التقارير الطبية لجميع

[1] نجاة صغيرو، **"تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية"**، رسالة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة، الجزائر، 2011_2012، ص79.

المرضى و يعتبر هذا خرقا لقوانين المهنة، كما يتميز القطاع الخاص في الجزائر بعدم التوازن في التغطية الصحية حيث يعزف المستثمرون عن فتح عيادات خاصة في الولايات التي تعاني من نقص، أما فيما يتعلق بالتسيير الإداري فقد وصفت بعض العيادات بالغير شرعية لأن ملفات عملها لا تحتوي على كل الوثائق الضرورية، كما وسجل في تقارير الوزارة الوصية نقصا في تسيير النفايات السامة، وتوظيف اخصائيين لم يمارسوا الخدمة المدنية، كما أن غرف العمليات لا تستجيب للقوانين وتفتقر إلى أدنى شروط النظافة إضافة إلى أن العديد من أسماء الأطباء الذين يجرون العمليات في عدد من العيادات مجهولة، ما يعني الهروب من تحمل المسؤولية[1]، هذا إضافة إلى مجموعة من الاختلالات الأخرى ونذكر منها:[2]

- غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة؛
- غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية؛
- غياب احترام مدونة النشاطات الطبية والأسعار الطبية؛
- غياب التعاون والتكامل بين القطاع الخاص والعمومي للصحة؛
- عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات، هذا إضافة مشكل التكفل بالشرائح المعدومة؛
- غياب المشاركة في نظام الاعلام الصحي والنشاطات الوقائية والاستعجالات.

المطلب الثالث: المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر.

1) تعريف المؤسسات الاستشفائية الخاصة:

تعتبر المؤسسات الاستشفائية الخاصة من أحد ركائز القطاع الصحي الخاص بل ومن أهم عناصره التي ساهمت في تطوير القطاع والاقتصاد ككل، وقد مرت هذه المؤسسات بعدة مراحل تشريعية وتنظيمية منذ سنة1988 حيث تم وضع شروط انجازها و فتحها وعملها وفق المرسوم التنفيذي 88_204 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988 حيث

[1] جمال بولدايس، أسماء منور، سامي سي يوسف، العيادات الخاصة (فنادق خمسة هموم)، متحصل عليه من: https://www.djazairess.com/ennahar/38700، تاريخ الاطلاع: 2023/04/20.

[2] مسعود البلي، **"واقع السياسات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المستدامة،"** رسالة ماجيستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة باتنة، الجزائر، 2009_2010، ص215.

كانت تحت إسم العيادات الخاصة هذه الأخيرة التي ما لبثت حتى طرأت عليها عدة تعديلات أولها المرسوم التنفيذي 92_380 المؤرخ في 13 أكتوبر 1992، ثم المرسوم التنفيذي 02_69 المؤرخ في 06 أكتوبر 2002 حيث تم التعديل و التوسيع في قدرة الاستيعاب وكان ذلك بسبعة أسرة كحد أدنى وترك الحد الأقصى مفتوحا أمام إمكانيات المستثمر، و أخيرا صدور المرسوم التنفيذي 07_321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007حيث تم تغيير تسمية هذا الهيكل من العيادات الخاصة إلى مؤسسات استشفائية خاصة وتضمن مختلف خصائص و أساسيات و شروط تسييرها و عملها، وهو المطبق حاليا في مختلف المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

وتم تعريف هذا النوع من الهياكل الخاصة وفق المادة الثانية من هذا المرسوم بأنها مؤسسة علاج واستشفاء وتمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف، ويجب عليها بالنسبة للتخصصات التي تمارسها، القيام على الأقل بالأنشطة التالية:

- الفحص الطبي؛
- الاستكشاف والتشخيص؛
- الاستعجالات الطبية و/أو الطبية الجراحية بما فيها إزالة الصدمات والإنعاش والمراقبة؛
- الاستشفاء.[1]

خصائص المؤسسة الاستشفائية الخاصة:

تتحدد خصائص المؤسسات الاستشفائية الخاصة حسب المواد 03_04_05_06_07 من المرسوم التنفيذي رقم07_321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 وهي:[2]

1) التمتع بالشخصية المعنوية، وتوضع تحت المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني طبيب وتزود بلجنة طبية؛

2) طاقة استيعابية قليلة تقدر ب(07) أسرة؛

[1] المرسوم التنفيذي رقم07_321 يتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، الجريدة الرسمية، ال عدد69.
[2] نفس المرجع السابق.

3) يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة إكتتاب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية للمؤسسة ومستخدميها ومرضاها؛

4) يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة أن تضمن خدمة دائمة ومستمرة؛

5) يجب على المؤسسة الاستشفائية الخاصة مطابقة الشروط والمقاييس المعيارية والتقنية والصحية التي يحددها التنظيم المعمول به.

3. تنظيم وتسيير المؤسسات الاستشفائية الخاصة:

يتم تسيير المؤسسات الاستشفائية الخاصة من خلال مجلس إدارة ويديرها مدير، كما وتزور بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

مجلس الإدارة:

ينتخب أعضاء المجلس رئيسا من بينهم، كما ويمكنه الاستعانة بأي شخص من شأنه المساعدة في أشغاله، أما بخصوص المدير فحضوره في المجلس يكون بصوت استشاري، ويتم تحديد قواعد سير هذا المجلس في النظام الداخلي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة أما وظائفه فتكن في التداول فيما يلي:[1]

- برنامج العمل للمؤسسة؛
- مشاريع الميزانية وحسابات المؤسسة؛
- اقتناء الأملاك المنقولة والعقارية؛
- مشاريع توسيع المؤسسة الاستشفائية الخاصة وتهيئتها؛
- برنامج حفظ البيانات والتجهيزات وصيانتها؛
- قبول الهبات والوصايا أو رفضها؛

[1] المرسوم التنفيذي رقم 07_321، مرجع سابق.

- التقرير السنوي لنشاط المؤسسة الذي يعده المدير التقني لها.

المدير:

يجب أن يتوفر المدير المسير للمؤسسة الاستشفائية الخاصة على05 سنوات خبرة على الأقل، ويسهر على ضمان السير الأحسن للمؤسسة من خلال الأدوار التالية:[1]

- تنفيذ مداولات المجلس الإداري؛
- تمثيل المؤسسة الاستشفائية الخاصة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية؛
- ممارسة السلطة السلمية على كافة مستخدمي المؤسسة؛
- ضمان التسيير الإداري والمالي للمؤسسة؛
- تحضير ميزانية وحسابات المؤسسة؛
- السهر على ضمان خدمة المناوبة؛
- تطبيق الإجراءات والمقاييس المعمول بها في مجال التسيير والأمن والوقاية الصحية الاستشفائية؛
- السهر على أن يكون العتاد والتجهيز الموضوع تحت تصرف مستخدمي المؤسسة الطبيين مناسبا وفي حالة سير جيدة، ويضمن أمن وسلامة المريض؛
- السهر على وجوب مسك الملف الطبي لكل مريض؛
- السهر على مسك جميع السجلات التي تحدد طبيعتها بقرار من وزير الصحة؛
- إعداد التقرير السنوي لنشاط المؤسسة وعرضه على المجلس الإداري؛

[1] المرسوم التنفيذي رقم 07_321، مرجع سابق ذكره.

- إرسال القائمة الاسمية مرفقة بشهادات المستخدمين الطبيين والمساعدين الطبيين والإداريين والتقنيين للمؤسسة مع تبيان التخصص والوظيفة الممارسة لكل واحد منهم؛
- إرسال حصيلة النشاطات كل ثلاث أشهر والتقرير السنوي للنشاطات الى مديرية الولاية المكلفة بالصحة.

أما المدير التقني الطبي فيتولى زيادة على المهام المذكورة سابقا مجموعة من المهام الإضافية والمتمثلة في:[1]

- تنظيم النشاط الطبي والاستشفائي للمؤسسة وضمان مراقبته ومتابعته؛
- التأكد من الحضور الدائم للممارسين الطبيين والمستخدمين الشبه طبيين للمؤسسة؛
- السهر على السير الجيد للمناوبة.

اللجنة الطبية:

يكمن دورها الاستشاري في ابداء رأيها فيما يلي:[2]

- إنشاء مصالح طبية داخل المؤسسة الاستشفائية الخاصة أو إلغاؤها؛
- برامج التظاهرات العلمية والتقنية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة؛
- اتفاقيات التكوين الخاصة بالمؤسسة؛
- تقييم أنشطة العلاج والتكوين للمؤسسة.

4. الشروط التقنية والتسييرية لعمل المؤسسات الاستشفائية الخاصة:

فيما يتعلق بالشروط التقنية والتسييرية الواجب توفرها في المؤسسات الاستشفائية الخاصة حتى تتمكن من ممارسة نشاطها فقد حددها القرار الوزاري المؤرخ في 22 أكتوبر 1988 الذي عدد الشروط التقنية وفصلها لكل نوع من

[1] المرسوم التنفيذي رقم 07_321، مرجع سابق ذكره.
[2] نفس المرجع السابق.

العيادات كما وتشمل الأجهزة الطبية، تجهيزات غرف العمليات الأسرة...إلخ، ويمكن ذكر بعض وليس كل هذه المقاييس التقنية والصحية التي جاءت في النص فيما يلي:[1]

الشروط التقنية:

يجب أن تتوفر في العيادة ولكل سرير استشفائي مساحة أدناها سبعة أمتار مربعة، أما سرير الجراحة فتبلغ المساحة المخصصة له عشرة أمتار، كما يجب أن تكون الأسرة معدنية ومزودة بمفروشات كاملة ولا يجوز أن تحتوي الغرفة الواحدة على أربعة أسرة كما يجب أن تزود كل عيادة بغرفة فردية لكل خمسة عشر سرير تسمح بعزل ذوي الأمراض المعدية، كما ويجب أن تجهز العيادة مهما كانت الأنشطة التي تتولاها بقاعة واحدة على الأقل لتقديم العلاج والتضميد والجبس، إضافة إلى وجوب استجابة كل غرفة للمواصفات الطبية المتعارف عليها عالميا.

ونذكر مثالا الشروط والمواصفات المتعلقة بعيادات التوليد، فإذا كانت العيادة تمارس التوليد فإنه يتوجب عليها ما يلي:

- العمل في أماكن مفصولة عن أماكن الأعمال الطبية الأخرى التي تقوم بها العيادة؛
- عدم تلقي الغرف المهيأة لاستقبال الرضع أكثر من ثمانية مهود، وينبغي أن توضع في ملحقات بغرف النوافس، وألا تقل المساحة المخصصة لكل طفل عن ثلاثة أمتار مربعة، وبحجم 9أمتار مكعبة لكل طفل؛
- امتلاك كل عيادة تمارس التوليد محضنة على الأقل لمواجهة الحالات الاستعجالية ووضع المولود فيها؛
- تغطية نشاط التوليد بقاعة عمل واعدة لكل خمسة عشر سريرا من أسرة الأمهات على أن تتهيأ هذه القاعات على نحو لا يسمع فيه صيحات الواضعات أحمالهن في باقي أنحاء العيادة؛
- توفر قاعات العمل على جميع مواصفات قاعات العمليات فيما يخص الجدران والجوانب الداخلية والسقف والانارة والتسخين، كما ويجب أن يشتمل تجهيزها على الأقل على:
  - سرير خاص يسمح للمرأة في أن تكون في وضعية الولادة ويكون في حالة انحدار؛

[1] القرار الوزاري المؤرخ في 22/أكتوبر/1988، يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها، الجريدة الرسمية، ال عدد44 لسنة 1988.

- منضدة لحمل الأدوات والمعدات اللازمة؛
- مغسلة يغسل فيها المولدون أيديهم؛
- جهاز يسمح بتزويد المرأة أثناء الولادة بالأكسجين؛
- وسائل إنعاش المولودين.

– توفر العيادة على الأدوات اللازمة للتوليد وإجراء الخياطة الشرجية، ولتقديم العلاج للأم والطفل، وتكون في شكل احتياطي في علب معدنية مغلقة وكل ذلك يكون معقما؛

– تهيأت مكان للرضاعة مزود بوسائل تنظيف الرضاعات وتعقيمها في محل مخصص لهذا الغرض.

شروط التسيير:

يشترط في العيادة أن تقدم خدمة دائمة ومتواصلة وتزود بنظام داخلي، وأن يكون عدد المستخدمين من المساعدين الطبيين كافيا، وأن يحدد تبعا للتخصصات ونوعية العلاج ولا يجود أن يوظف أحد بهذه الصفة إذا لم يكن في وضع قانوني إزاء الأحكام التي تخضع لها مهن المساعدين الطبيين ، و لا يجوز لأي مستخدم الاستمرار بالعمل في العيادة إذا كان مصابا بمرض معد ، و يتولى مدير العيادة إبلاغ الوالي بقائمة إسمية للمستخدمين الطبيين و المساعدين الذين يؤدون أعمالا في العيادة مصحوبة بشهاداتهم كما يتم تسجيل كل شخص يقبل في العيادة كمريض في سجل الدخول و الخروج، كما ويعد ملف طبي لكل مريض يتلقى العالج في العيادة و يدون في هذا الملف زيادة على المعلومات المتعلقة بهوية المريض كل فحص أو عمل طبي أمر به طبيب العيادة ،كما تتولى العيادة مهمة إعداد إحصائيات الأوبئة المرتبطة بأعمالها و ذلك حسب مواصفات يحددها وزير الصحة و السكان.

الشروط المتعلقة بأخلاقيات المهنة:[1]

– لا يجوز للطبيب أو جراح أسنان أن يثبت على الورق المخصص للوصفات الطبية أو البطاقات الشخصية أو الدليل المهني إلا البيانات المتمثلة في الاسم، اللقب، رقم الهاتف، ساعات العمل، وإذا كانت العيادة جماعية يذكر أسماء الزملاء الذين يشتركون معه في العيادة، الشهادات إضافة للمؤهلات المعترف بها؛

[1] روبحي نور الهدى، **"المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر"**، مجلة تمون، الجزائر، 2017، ص112.

- بالنسبة لباب العيادة لا يرخص إلا إثبات البيانات التالية الإسم، اللقب رقم الهاتف، ساعات العمل والطابق والشهادات والمؤهلات والوظائف المعترف بها، كما ويشترط ألا تتجاوز اللوحة 30/25 وتكون في مدخل المبنى؛
- لا يجوز للطبيب أن يفتح عيادة في مبنى يمارس فيها زميله نفس الاختصاص إلا بترخيص من طرف المجلس الجهوي؛
- لا يمكن للطبيب العامل في العيادة الخاصة أن يمارس المنافسة التجارية كأن يقوم بتخفيض الأسعار عن بقية زملاءه بل لابد أن تكون كل الأسعار متماثلة في جميع العيادات.

المبحث الثاني: الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التأمينات الاجتماعية.

المطلب الأول: الحماية الاجتماعية

1. تعريف الخطر الاجتماعي:

يقصد بالخطر لغويا الاشراف على الهلاك ويستخدم لفظ الخطر للإشارة إلى مدلول يختلف من حالة إلى أخرى فمثلا خطر الحرب أو خطر الحريق، لفظ يشير مدلوله إلى واقعة مادية، وقد يستخدم لفظ آخر للإشارة إلى حالة معنوية، كخطر عدم معرفة التاجر لنتيجة أعماله آخر العام مسبقا، ومن ناحية ثالثة قد يستخدم اللفظ نفسه في إظهار خسارة مالية كقولنا خطر ضياع الدخل نتيجة لحوادث السيارات.[1]

لقد اختلفت الآراء والتعاريف حول موضوع الخطر وعموما يتم تقديم التعاريف التالية:

- الخطر هو فرصة وقوع الخسارة.
- الخطر هو إمكانية وقوع الخسارة.
- الخطر هو عدم التأكد.
- الخطر هو مقدار التشتت بين النتائج الفعلية والنتائج المتوقعة.
- الخطر هو احتمال اختلاف النتائج الفعلية والنتائج المتوقعة.

[1] العلمي فاطمة، **"مدخل إلى التامين وإدارة الخطر"**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2018، ص 7

- الخطر هو حالة إمكانية حدوث انحراف عكسي للنتائج الفعلية عن النتائج المتوقعة.

وكمحاولة للجمع بين التعريفات يمكن القول إن الخطر هو إمكانية وقوع خســـارة في ظل عدم التأكد بحيث يحدث انحراف النتائج الفعلية عن النتائج المتوقعة.[1]

2. تعريف الحماية الاجتماعية:

هناك تعريفات واســـعة للحماية الاجتماعية يختلف عن تعريف الضـــمان الاجتماعي فمفهوم الحماية الاجتماعية يغطي مفهوم التأمين والتضـــامن، فالتأمين أو الضـــمان يكون خلال تأمين الأشـــخاص ضـــد مخاطر ممكن أن تصـيبهم مثل حوادث العمل، الوفاة، الشـيخوخة... أما التضـامن فهو التعاون والعمل المشـترك بين الأفراد لتحقيق أهداف والتكافل الاجتماعي.

هي مجموعة الآليات والأنشـطة المترابطة الهادفة إلى تحقيق الاسـتقرار الاقتصـادي والاجتماعي، بتحرير الإنسـان من ضـــغط الحاجة والعوز والحرمان والحد من خســـائره وحمايته مما يهدده من أخطار داخلية وخارجية كالأزمات الاقتصـــادية المالية والحروب وحالة الحصـــار الاقتصـــادي والكوارث الطبيعية كالمجاعات والفيضـــانات والأمراض الوبائية[2]

كما عرفها Blanchard على أنها النظام التي تتوفر فيه العناصر التالية:

- عنصر الالزام (الاجبارية في التأمين)؛
- تحمل الحكومة جزء من تكاليف التأمين؛
- قيام الحكومة بدور المؤمن (هيئة التأمين).[3]

[1] درار عياش، **"أثر نظام الضمان الاجتماعي على حركية الاقتصاد الوطني. دراسة حالة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الاجراء"**، شبكة بومرداس، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، 2005، ص ص3.4.

[2] بلجيلالي محمد، لحول كمال، **"رعاية الأشخاص المسنين المعوزين في نظم الحماية الاجتماعية الجزائري"**، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد 51، ص92.

[3] كرمبيط رشيدة، يحياوي فاطمة، **"الحماية الاجتماعية والتشغيل: حالة الجزائر"**، مجلة دراسات في علم الاجتماع، المجلد1 ، العدد9، الجزائر، 2021، ص .111

3. آليات الحماية الاجتماعية:

ابتدعت المجتمعات الإنسانية مجموعة من الآليات والتي اتخذت أشكالا مختلفة لتكون وسائل للحماية الاجتماعية وتحقيق الأمان الاجتماعي وكان من أبرزه[1]:

التأمينات الاجتماعية :وهي وسيلة إلزامية لتحقيق الأمان الاجتماعي في مقابل اشتراكات يدفعها العمال وأصحاب العمل.

الضمان الاجتماعي :وهو نظام قانوني ووسيلة إلزامية تأخذ بها الدولة لتحقيق الأمان الاجتماعي لمواطنيها من المخاطر الاجتماعية، ويشمل الضمان الاجتماعي وسيلتين إحداهما المساعدات الاجتماعية حيث تقدم هذه المساعدات للأشخاص الذين لا يستطيعون دفع أقساط التأمين الاجتماعي والأخرى هي التأمين الاجتماعية حيث تقوم الدولة بفرض هذه التأمينات على القادرين على دفع هذه الأقساط للتأمين ويغطي هذا التأمين عددا من المخاطر أبرزها الشيخوخة والعجز والوفاة والترمل واليتم والبطالة واصابات العمل، والأمراض التي ليس لها علاقة مباشرة بالعمل.

التأمين التجاري :حيث يقوم الأفراد بدفع أقساط لشركات التأمين التجارية كتأمين الحوادث والتأمين على الحياة وتقوم هذه الشركات بتغطية التكاليف كليا أو جزئيا حسب الاشتراكات المدفوعة.

شبكات الأمان الاجتماعي :وهي وسيلة حديثة ظهرت بظهور العولمة وتسعى هذه الشبكات لتحقيق منافع للفقراء والمتضررين في العالم من العولمة.

[1] بن دهمة هوارية، **"الحماية الاجتماعية في الجزائر دراسة تحليلية لصندوق الضمان الاجتماعي"**، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، الجزائر، 2014_2015، ص 10.

المطلب الثاني: هيئات الضمان الاجتماعي في الجزائر:

1. **الأسس النظرية للضمان الاجتماعي:**

وتتمثل هذه الأسس في مايلي:[1]

- الدخل الغير مباشر في النظرية الكينزية:

أعطت النظرية الكينزية دفعة لتعميم أنظمة التأمين الاجتماعي من خلال ما يسمى بالدخل الغير مباشر وهذا الأخير هو الدخل الذي يعوض ويكمل الدخل المباشر الذي يتقاضاه الفرد مقابل جهد ذهني أو جسدي، وهو أسلوب للحفاظ على صحة الافراد عن طريق المحافظة على حالتهم النفسية عند الانقطاع عن العمل لأي سبب كان سواء حادث عمل، امومة ....

- النظرية الفوردية:

اكتسبت النظرية الفوردية قوتها كنموذج للتنظيم الاجتماعي وفرضت نفسها في الدول الرأس مالية، ويعود هذا النموذج إلى صانع السيارات HENRI FORD الذي قرر في عام 1914 زيادة الأجور إلى العاملين لديه من أجل زيادة قدرتهم الشرائية وتهدف هذه السياسة إلى إمكانية الاستهلاك الشامل للإنتاج.

- أسس الدولة الحامية ETAT PROVIDANCE:

أدت التنمية الاقتصادية وتطور العلاقات الإجتماعية بالدولة إلى تقلد وظيفة المنظم الاجتماعي و التي تطورت بفضل ترسيخ الأفكار الكينزية في الاقتصاديات العالمية، ويشير تعبير "دولة الرفاه" إلى جميع مدخلات الدولة في المجال الاجتماعي، والتي تهدف إلى ضمان مستوى أدنى من الرفاه لجميع السكان وتشير إلى آليات توفير الأمن الاقتصادي والإجتماعي للأفراد ضد تقلبات الحياة ويتم توفير هذا الأمن من

[1] Kara Terki Assia.op cit. page 161.

خلال ثلاث طرف: التوزيع الاقتصـــادي réparation économique التوزيع الاجتماعي réparation sociale والتوزيع المحلي réparation domestique.

1. **المستفيدون من الضمان الاجتماعي في الجزائر:**

الأشخاص المستفيدون من الضمان الاجتماعي هم:[1]

- ✓ العمال الاجراء والعمال الغير الاجراء والعمال الملحقون بالأجراء:

العمال الأجراء وهم الذين يؤدون عملا جسديا أو ذهنيا لحساب صاحب العمل وتحت إشرافه وتوجيهه ورقابته وهذا مقابل أجر معين، أما العمال الغير الأجراء فهم الأشخاص الذين يمارسون نشاطا مهنيا غير مأجورا أي لحسابهم أو لصالحهم دون إشراف أو توجيه من أحد كالحرفيين والتجار...

أما العمال الملحقون بالأجراء فيقصـــد بهم: العمال الذين يباشـــرون أعمالهم من المنزل، الأشـــخاص الذين يستخدمهم الخواص كبوابين... المتمهنون الذين تدفع لهم رواتب شهرية تساوي نصف الأجر الوطني الأدنى المضمون، الفنانون والممثلون الناطقون أو الغير الناطقون في المسرح والسينما والمؤسسات الترفيهية الذين تدفع لهم مكافآت على شكل أجور....

- ✓ ذوي الحقوق: ويقصد بها كل من:
  - زوج(ة) المؤمن له بشرط أن يكون لا يمارس أي نشاط مهني يأجر عليه
  - الأولاد المكفولون الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، البالغون أقل من 25 سنة الذين لديهم عقد تمهين بأجر يقل عن نصف الأجر الوصي الأدنى المضمون، والأولاد الأقل من 21 سنة الذين يواصـــلون دراســـتهم، الاناث بدون دخل مهما كان ســـنهم، الأولاد المصـــابون بعاهة أو مرض تمنعهم من ممارسة أي نشاط مأجور.

[1] عبيد حليمة، بوحادة سمية،" **الضمان الاجتماعي**"، الملتقى الوطني الخامس حول حماية المستهلك، جامعة أدرار، الجزائر، 9-10 ديسمبر، ص14

- ✓ فئة الطلبة والعمال المقبولين للتكوين في الخارج:
  - الأعوان العاملون في البعثات الدبلوماسية؛
  - العمال العاملون في الخارج في إطار التعاون؛
  - موظفو التعليم والتأطير التربوي في الخارج؛
  - الطلبة والعمال الذين يقبلون المتابعة والتكوين في الخارج.

1. مؤسسات الضمان الاجتماعي في الجزائر:

انطلاقا من الإصلاحات التي شملت نظام الضمان الاجتماعي سنة 1983 جاءت التشريعات بخمس صناديق الضمان الاجتماعي:

- صندوق ضمان الاجتماعي للعمال الأجراءCNAS .
- صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراءCASNOS.
- صندوق الوطني للتقاعد CNR.
- الصندوق الوطني للتامين عن البطالة CNAC
- صندوق الوطني للعطل مدفوعة الأجر CACOBATH

- **الصندوق الوطني للعمال الاجراء: CNAS**

أنشئ هذا الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الاجراء سنة 1992 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 1992/01/04 والذي يتضـــمن الطبيعة القانونية للصـــندوق الوطني والتنظيم الإداري والمالي للضـــمان الإجتماعي، حيث تحدد المادة 07 منه التنظيم الداخلي للصـــندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية للعمال الأجراء، يتكون الصـــندوق الوطني زيادة على المصـــالح المركزية للمديرية العامة من وكالات محلية وجهوية ومراكز الدفع وملحقات المؤسسة.

وتتمثل مهام هذا الصندوق في[1]:

- تســـيير الأداءات العينية والنقدية للتأمينات الاجتماعية (المرض، الامومة، العجز، الوفاة) وكذا حوادث العمل والامراض المهنية؛
- تسيير المنح العائلية على حساب الدولة؛
- تحصيل الاشتراكات؛
- الرقابة والنزاعات المتعلقة بتحصيل الاشتراكات الموجهة لتمويل الأداءات؛
- منح رقم التسجيل للمؤمن لهم اجتماعيا وكذا أصحاب العمل؛
- المساهمة في ترقية السياسة الرامية إلى الوقاية من حوادث العمل، والامراض المهنية؛
- تسيير الأداءات المتعلقة بالأشخاص والمستفيدين من الاتفاقيات الثنائية الضمان الاجتماعي؛
- إجراء الرقابة الطبية لفائدة المستهدفين؛
- القيام بالنشـــاطات الرامية إلى تمكين العمال وذوي حقوقهم من الأداءات الجماعية، وعلى شـــكل إنجازات ذات طابع صحي واجتماعي؛
- تسيير صندوق للمساعدة والنجدة وابرام اتفاقيات مع مقدمي العلاج؛
- إعلام المستفيدين وأصحاب العمل بحقوقهم والتزاماتهم.

- **الصندوق الوطني للعمال الغير الأجراء CASNOS:**

هذا الصـــندوق خاص بأصـــحاب الحرف وأرباب العمل وبصـــفة عامة كل من يملك محل تجاري فهو ملزم بتسديد اشتراكاته لضمان الاستفادة من التعويضات عند المرض أو التعرض لحادث عمل وكذا الحصول

[1] المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 1992/01/04، يتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي لها، جريدة الرسمية العدد 02 لسنة 1992.

على التقاعد[1]، ويتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي ويعترف بطبيعته التجارية في علاقاته مع الغير وتتمثل أبرز مهامه في[2]:

- يسير الخدمات النقدية والعينية للتأمينات الاجتماعية المقدمة للغير أجراء؛
- يسير معاشات المتقاعدين من غير الأجراء ومنحهم؛
- ينظم الرقابة الطبية وينسقها ويمارسها؛
- يقوم بأعمال الوقاية والتربية والإعلام في المجال الصحي بعد اقتراح من مجلس الإدارة؛
- يسير صندوق المساعدة والإسعاف.

- **الصندوق الوطني للتقاعد CNR:**

هيئة عمومية تتمتع بالشخصية القانونية والاستقلال المالي، أنشئ بمقتضى القانون 223/85 في سنة 1985 وحدد القانون رقم 07/92 المؤرخ في 1992/01/04 التنظيم الداخلي له، وكانت الغاية من إنشائه هي تسيير مختلف أنظمة التقاعد التي كانت متواجدة قبل الدستور 1983 وتوحيدها في نظام تعاقد موحد.

حددت مهام الصندوق في المادة 09 من المرسوم 07/92 المؤرخ بتاريخ 1992/1/4 والمتمثلة في[3]:

- تسيير أجور منح التقاعد إضافة إلى أجور ومنح ذوي الحقوق؛
- ضمان التحصيل، المراقبة وحل النزاعات المتعلقة بالأقساط الموجهة لتمويل خدمات التقاعد؛
- تطبيق تشريعات ونصوص الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالتأمين الاجتماعي؛
- تسيير صندوق الإغاثة والمساعدة، إعلام وتوجيه المستفيدين؛

[1] نسيمة لعرج مجاهد، مصطفى طويطي، **"تحليل واقع الحماية الاجتماعية في الجزائر"**، مجلة البحوث الاقتصادية المتقدمة، ال عدد02، الجزائر، 2017، ص 69.

[2] المرسوم التنفيذي رقم 119/93 المؤرخ في 1993/05/15 المحدد اختصاصات الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الغير الاجراء وتنظيمه وسيره، الجريدة الرسمية العدد 33 لسنة 1993.

[3] من المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 1992/01/04 السابق ذكره.

- إبرام اتفاقيات مع صندوق الضمان الاجتماعي لضبط الشروط التي يمكن أن تستخدم فيها مصالح المراقبة والمنازعات ذات الصلة بالتحصيل.

- **الصندوق الوطني لتأمين عن البطالة CNAC:**

أنشئ بموجب المرسوم رقم 188/94 في جويلية 1994، وكان إنشاءه ناتج عن الضغط الذي خلق خلال فترة إقفال الكثير من المؤسسات وتسريح عمالها.

يتولى الصندوق الوطني للتأمين على البطالة في إطار القوانين والتنظيمات السارية المفعول بها المهام المتمثلة في[1]:

- يضبط باستمرار بطاقة المنخرطين ويضمن تحصيل الاشتراكات المخصصة لتحويل أداءات التأمين على البطالة ورقابة ذلك ومنازعاته؛
- تسيير أداءات التأمين على البطالة؛
- تسيير الأداءات المقدمة بعنوان الخطر التي يغطيه؛
- يساعد ويدعم إعادة انخراط البطالين المستفيدين قانونيا من أداءات التأمين عن البطالة بالاتصال مع المصالح العمومية للتشغيل وإداري البلدية والولاية؛
- ينظم الرقابة التي ينص عليها التشريع المعمول به في مجال التأمين على البطالة؛
- يحفظ صندوق الاحتياط حتى يمكنه من مواجهة التزاماته إزاء المستفيدين في جميع الظروف؛
- إمكانية المساهمة في تحويل أحداث نشاطات من طرف المترشحين للاستفادة من التأمين عن البطالة، بما يخصص من قروض تكميلية للمستفيدين من القروض المصغرة وإما بالمساهمة في

[1] المرسوم التنفيذي 188/94 المؤرخ في 1994/07/06 المتضمن القانوني الأساسي للصندوق الوطني لتامين عن البطالة، الجريدة الرسمية 44 لسنة 1994.

تركيب قروض خاصة في المؤسسات المالية الموجهة إلى البطالين المترشحين للاستفادة من التامين عن البطالة.[1]

- إمكانية المساهمة في تمويل أحداث نشاطات السلع والخدمات من طرف البطالين ذو المشاريع البالغين ما بين 35 و50 سنة لا سيما عبر منح قروض؛
- تعليم البطالين لتمكينهم من الحصول على الكفاءة وتحسين المستوى؛

- **الصندوق الوطني للعطل مدفوعة الأجر CACOBATH:**

هو هيئة عمومية ذات تسيير خاص يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشئ عام 1997 وكان نتيجة التحولات والصعوبات الاجتماعية والاقتصادية العميقة التي عرفتها قطاعات النشاط الوطني خصوصا قطاع البناء والأشغال العمومية والري، فيعمل على تسيير العطل المدفوعة الاجر أو التوقف عن العمل جراء ظروف طبيعية.

وتتمثل مهام هدا الصندوق فيما يلي[2]:

- يتولى تسيير العطل مدفوعة الأجر والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية التي يتمتع بها العمال الذين ينتمون إلى قطاعات البناء والأشغال العمومية والري،
- يقوم بتسجيل وترقيم العمال المستفيدين وأرباب عملهم بالاتصال مع الهيئات المعنية؛
- يتولى اعلام المستفيدين والمستخدمين، تحصيل الاشتراكات المقررة في التشريع؛
- يشكل احتياطا ماليا قصد ضمان دفع هذه التعويضات في كل الظروف.

[1] المرسوم التنفيذي 37/99 المؤرخ في 1999/02/10 المتمم للمرسوم التنفيذي رقم 188/94، المتضمن القانون الأساسي للصندوق الوطني للتأمين عن البطالة، الجريدة الرسمية العدد 07 لسنة 1999.

[2] المرسوم التنفيذي 97/ 45المؤرخ في 1997/02/04 المتضمن إنشاء الصندوق الوطني للعطل مدفوعة الأجر والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية لقطاعات البناء والاشغال العمومية والري.

1. نطاق التغطية لنظام التأمينات الاجتماعية الجزائري:

التأمين الاجتماعي هي نظم تدفع بموجبها مساهمات اجتماعية من قبل المستخدمين أو غيرهم، أو من قبل أصحاب العمل نيابة عن مستخدميهم، بهدف توفير الحق في إعانات اجتماعية في الفترة الحالية أو اللاحقة، تدفع للمستخدمين أو للمشتركين الآخرين أو لمعاليهم أو لورثتهم. ويمكن لهذه النظم أن تكون خاصة أو تابعة لمؤسسات حكومية، وتصرف إعانات التأمين الاجتماعي نقدا أو عينا، عند وقوع بعض الحوادث أو الظروف التي قد تؤثر سلبا على أوضاع الأسر المعيشية المعنية إما عبر زيادة الضغوط على مواردها أو عبر تقلص دخلها. [1]

ويكمن الفرق بين الضمان الاجتماعي والتأمين الاجتماعي كون التعريفات السابقة للتامين الاجتماعي ارتكزت بشكل أساسي على بيان أن التأمين الاجتماعي وسيلة من الوسائل لحماية الافراد من أخطار معينة قائمة على اشتراكات محددة، وبذلك فإن الضمان الاجتماعي يتميز عن التأمين الاجتماعي بكونه أكثر شمولية لأن الضمان الاجتماعي، عبارة عن مجموعة من الوسائل القانونية التي تهدف إلى تحقيق الأمن الاجتماعي ويعتبر التأمين الاجتماعي أحد هذه الوسائل. [2]

- **التأمين على المرض:**

يختص هذا النوع من التامين بتغطية ما قد ينجم عن مصاريف باهظة من علاج و جراحة و غير ذلك ، كما أن فترة المرض إذا طالت و أدت إلى توقف العامل عن أداء العمل فإن ذلك يؤدي لحرمانهم من الأجر عن تلك الفترة تطبيقا لقاعدة " الأجر مقابل العمل " فالضمان الإجتماعي بالإضافة إلى ما يوفره للمريض من وسائل الوقاية و العلاج يقدم لهم التعويضات النقدية في حالة توقفه عن العمل بسبب المرض وتعويضه بعض دخله الذي فقده نتيجة لذلك ، و لمساعدته في المحافظة على مستوى معيشة مناسب أثناء فترة توقفه عن العمل ، على اعتبار أن التعويضات حق له، وليس تفضلا عليه.

[1] https://www.unescwa.org/ar/sd-glossary 11/05/2023 h 20:30.
[2] https://arabworldinsurance.com/ 11/05/2023 h 21 :00

ويعرف على انه:" هو ذلك التأمين الذي يلتزم المؤمن بمقتضاه بأن يدفع للمؤمن له مبلغ من المال متفق عليه مسبقا عند تحقق الخطر، وهو مرض المؤمن له أثناء سريان مدة العقد، مقابل دفع المؤمن له أقساط التأمين، كما يلتزم المؤمن أن يدفع للمؤمن له مصروفات العلاج والأدوية" [1]

- **التأمين على البطالة:**

حسب جيل نيزوزي Gilles Nezosi في عمل له بعنوان "الضمان الاجتماعي" 2016 فإن التأمين على البطالة هو نظام حماية اجتماعية يتضمن مهمتين: تعويض البطالين، ومساعدتهم في الرجوع إلى العمل" [2]

ويعرف الموقع الرسمي للحكومة الكندية التأمين على الشغل (وهي التسمية الرسمية في هذه الدولة والمرادفة للتأمين على البطالة) بأنه نظام يمنح دعما من خلال دخل مؤقت للعمال بدون شغل خلال الفترة التي يكونون فيها يبحثون عن عمل أو دورات تحسين المهارات، كما يوفر أيضا أداءات خاصة للعمال الذين يتغيبوا عن عملهم بسبب حوادث معينة في الحياة (المرض، حمل.....). لا يتلقى العمال أداءات التأمين على الشغل إلا إذا كانوا يساهمون في نظام الاشتراك خلال السنة الأخيرة ويستوفون شروط القبول"[3]

يهدف التأمين على البطالة إلى توفير تغطية للعاطلين عن العمل، وإتاحة الفرصة لهم للاستفادة من مصادر دخل أخرى، وهذا عن طريق العديد من الإجراءات الموضوعة من قبل الدولة كمنح القروض للقيام بمشاريع مصغر.[4]

[1] صاحبي أسماء،**"التأمين عن المرض مع دراسة حالة في الصندوق الوطني الاجتماعي وكالة ام البواقي"**، مذكرة لنيل شهادة ماستر، العلوم الاقتصادية، تخصص التأمينات،2013، ص 46.

[2] بلكرشة مولاي محمد، **"صيغ التشغيل في إطار نظام التأمين عن البطالة في الجزائر في ظل التحولات"**، مجلة قانون العمل والتشغيل، المجل د04، ال عدد02، 2019، ص 354.

[3] بلكرشة مولاي محمد، مرجع سبق ذكره، ص 354.

[4] محمودي حسين، غجاتي إلهام، مرجع سبق ذكره، ص 342.

- **التأمين عن العجز:**

يقصد بالعجز بصفة عامة على أنه كل حالة تصيب الإنسان في سلامته الجسدية، مما يؤثر ذلك على قواه البدنية وقدرته على العمل، وتقاس عدم القدرة على العمل بالنظر إلى الشخص السليم، إلا أن العجز الذي يستحق التعويض هو الذي يفقد المصاب به الكسب بصفة عامة، وهذا ما يبرر هدف التأمين على العجز.[1]

- **التأمين على الوفاة:**

تعد الوفاة أمر مؤكد الوقوع إلا أن التنبؤ به يبقى في حدود مجهول، وعلى هذا اعتبرتها التشريعات ومن بينها التشريع الجزائري من بين المخاطر الاجتماعية التي تغطيها قوانين الضمان الاجتماعي

وبذلك فالتأمين على الوفاة وجد أساسا لحماية عائلة المؤمن له في حالة وفاته.

- **التأمين ضد الحوادث العمل والامراض المهنية:**

يعتبر حادثا للعمل، مهما كان سببه، الحادث المنجر عن القيام بعمل أو بسببه لكل شخص أجير أو يعمل عند صاحب عمل أو أكثر أو عند رؤساء المؤسسات والمشروعات بأي صفة كانت.[2]

اقتصر على الجانب المادي في تعريفه لحوادث العمل حيث لم يدخل الاضطرابات العصبية والنفسية الى دائرة حوادث العمل واكتفى في تعريفه بأنه جميع الحوادث التي تصيب العامل أثناء أو بمناسبة أو نتيجة لأدائه لعمله، سواء في مكان العمل أو خارجه، مطبقا بذلك أوامر صاحب العمل أو مهام حددها القانون، بحيث ينتج عنها 6اصابات بدنية يكون سببها خارجي ومفاجئ في إطار علاقة العمل.[3]

[1] اديس كشيدة، **" المخاطر المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي"**، مذكرة لنيل الماجستير في العلوم القانونية، فرع قانون الأعمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تحت إشراف الدكتورة شادية رحاب، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر، 2009_2010، ص ص 28 29.

[2] ابتسام رحماني وسميرة لعقون، **«النظام القانوني للتعويض عن حوادث العمل والامراض المهنية في التشريع الجزائري"**، مذكرة لنيل شهادة ماستر في قانون الاعمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الرحمان ميرة بجاية، الجزائر، 2016، ص 16.

[3] سليمان احميه، **"النظام القانوني لعلاقات العمل في التشريع الجزائري، علاقة العمل الفردية"**، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،1998، ص 149.

باستقراء المادة 06 من القانون 83-13 تجد أن المشرع الجزائري[1] وضع أربعة شروط رئيسية لقبول الحادث كحادث عمل بنصها: " يعتبر كحادث عمل كل حادث انجرت عنه اصابة بدنية بسبب مفاجئ وخارجي وطرأ في إطار علاقة العمل".

- **التأمين على الامومة:**

يرمي التأمين على الولادة إلى ضمان تمتع المرأة العاملة بمدة حمل هادئة، وكذا ضمان ظروف ولادة حسنة، والعمل على ضمان صحتها وصحة طفلها، وذلك من خلال تغطية وضمان كافة المصاريف أو النفقات المترتبة عن الحمل والولادة سواء تعلق الأمر بنفقات العلاج أو الرعاية الصحية لها[2]

والتعويض عن دخلها الذي فقدته بسبب انقطاعها عن العمل بسبب الولادة، حيث تستفيد من تعويض يومي، وهذا التعويض يقدر ب 100%من الأجر اليومي بعد انقطاع اشتراك الضمان الاجتماعي.[3]

أما بالنسبة للمدة التي تنقطع فيها المرأة العاملة عن عملها فتقدر ب 14أسبوعا متتالية[4]، حيث تبدأ على الأقل ستة أسابيع قبل التاريخ المحتمل للولادة، وعندما تتم الولادة قبل التاريخ المحتمل لا تقلص فترة التعويض المقدرة ب 14أسبوع، ويجب على المرأة العاملة أن تنقطع وجوبا عن العمل لفترة معينة قبل التاريخ المحتمل للوضع بناء على شهادة طبية على أن تقل هذه المدة عن أسبوع.[5]

كما أكدت المادة 55 من قانون العمل المعدل والمتمم على أن تستفيد المرأة العاملة خلال فترات ما قبل الولادة وما بعدها بعطلة الأمومة طبقا للتشريع المعمول به على أن يستفدن أيضا من تسهيلات حسب الشروط المحددة في التنظيم الداخلي للمؤسسات المستخدمة.[6]

[1]- القانون رقم -83 13 مؤرخ في 2 يوليو سنة 1983 يتعلق بحوادث العمل و الامراض المهنية، الجريدة الرسمية الجزائرية، عدد ، 28 المؤرخة في 05 يوليو 1983.

[2] عبيد حليمة، بوحادة سمية، مرجع سبق ذكره، ص 11.

[3] القانون رقم 83-11المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم السابق ذكره

[4] القانون رقم 83-11المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم السابق ذكره

[5] ا القانون رقم 83-11المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، المعدل والمتمم السابق ذكره

[6] قانون 90/11 المتعلق بعلاقات العمل المؤرخ في 1990/04/21 المتمم والمعدل.، الجريدة الرسمية العدد 17 لسنة1990.

❖ **شروط استحقاق مزايا التأمين على الولادة وفقا لقانون التأمينات الجزائري:**[1]

أوجب المشرع مقابل الاستفادة من الأداءات المستحقة للتأمين على الولادة عدة شروط يجب على المؤمن لها أو زوج مؤمن التوفر فيه والتقيد بيها وإلا نجم عنه نسبة % 20 من الأداءات المستحقة إلا في حالة وجود عذر قاهر وخاصة ما يلي من الشروط:[2]

- أن تعلم المرأة الحامل بحالة الحمل لهيئات الضمان الاجتماعي: أي يتعين على المؤمنة لها اجتماعيا أن تعلم هيئة الضمان الاجتماعي بحالة الحمل المعاين طبيا قبل ستة أشهر على الأقل من التاريخ المتوقع للحمل حيث أن استفادة المرأة الحامل من الأداءات النقدية المتعلقة بعطلة الامومة مرهون بموافقة الطبيب المستشار لهيئة الضمان الاجتماعي لملفها الطبي وفق ما نصت عليه المادة 27 من القانون 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية.
- ضرورة إجراء المرأة الحامل للفحوص الطبية: سبق الذكر أن الملف الطبي للمؤمنة لها الحامل مرهون للرقابة الطبيب المستشار لدى هيئة الضمان الاجتماعي الذي يقوم بمراقبة ومعاينة الشروط المستوجبة بموجب المادة 34 من المرسوم 27/84 والمادة 27 من المرسوم 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية وذلك بإجراء مراقبة طبية على المعنية وملفها الطبي وكذا الشروط في إجراء الفحوصات الطبية والتي تسبق وتلحق بيها وذلك حسب رزنامة محددة للاستفادة من التأمين على الولادة، وتتمثل الشهادات الواجب تقديميها لهيئات الضمان الاجتماعي قبل الوضع والأخرى بعد الوضع وهي:

- **قبل الوضع:**

- شهادة إدراك الحمل وإرسالها إلى هيئة الضمان الاجتماعي في مدة 06 أشهر على الأقل قبل تاريخ وضع الحمل.
- شهادة فحص ما قبل الوضع تعد خلال الشهر السادس وترسل حينا.

[1] كشيده باديس، مرجع سبق ذكره، ص ص ص111، 112 113 114.

[2] المرسوم رقم 84-27 المؤرخ في 1984/02/11 المحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون 83-11 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، الجريدة الرسمية العدد 07.

- شهادة فحص الحمل 04 أسابيع قبل الوضع.
- شهادة طبية توصي على الراحة بحيث التوقف عن العمل بأسبوع على الأقل من تاريخ المتوقع للولادة.
- طلب الكفالة يقدم إلى العيادة عند الدخول، ويسلم هذا الطلب بدون إجراءات.

- **بعد الوضع:**

- شهادة الوضع في حالة الوضع وفي حالة عيادة متعاقدة يجب ضم فاتورة الإدارة.
- شهادة ما بعد الوضع تعد في أجل 08 أسابيع بعد الوضع.
- شهادة عائلية للحالة المدنية المتعلقة بالمؤمن له تعدها البلدية.

وتستفيد المرأة الأجيرة المؤمنة اجتماعيا أو ذوات الحقوق من عطلة 14 أسبوع بشهادة الطبية للراحة ويمكن التوقف عن العمل قبل أسبوع من التاريخ المتوقع للولادة، إضافة إلى الاستفادة من ساعات الرضاعة بعد العودة إلى مباشرة عملها، ساعتين في اليوم خلال 06 أشهر الأولى وساعة واحدة خلال ستة أشهر الأخيرة.

- ألا تنقطع المرأة الحامل عن عملها دون مبرر: لكي يثبت لها الحق في الاستفادة من الأداءات النقدية، يجب ألا تكون انقطعت عن العمل لأسباب أخرى غير الأسباب التي تدفع هيئات الضمان الاجتماعي تعويضات عنها خلال المدة التي تتراوح بين تاريخ المعاينة الطبية الأولى لبضعة أيام في إطار عطلة مرضية غير مبررة من طرف طبيب المستشار لدى هيئة الضمان فإنها تحرم من تسديد التعويضات الخاصة بعطلة الامومة.
- وجوب إثبات المرأة الحامل صفة المؤمن الاجتماعي: اشترط قانون التأمينات الاجتماعية على المؤمنة لها للاستفادة من الأداءات النقدية والعينية في مجال التأمين على الأمومة أن تثبت صفة المؤمن لها اجتماعيا بتقديم الوثائق الاثباتية التي تحدد بقرار من الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي، وعليه يجب على المؤمنة لها أن تقدم شهادة من المستخدم يبين فيها تاريخ الانقطاع عن العمل ومبلغ الرواتب الأخيرة

التي تعتمد أساسا في حساب التعويض اليومي وهذا لتمكين هيئات الضمان من حساب قيمة عطلة الامومة.

- وجوب عمل المؤمنة لها: اشترط قانون التأمينات الاجتماعية للاستفادة من الأداءات العينية والنقدية الواردة في المادة 23 من قانون11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية أن تكون المؤمنة لها قد عملت إما 15 يوما أو مئة ساعة على الأقل أثناء الثلاثي الذي سبق تاريخ العلاجات المطلوب تعويضها وتاريخ المعاينة الطبية الأولى، وإما أن تكون عملت 60 يوما أو400 ساعة على الأقل أثناء 12 شهرا الذي سبق تاريخ العلاجات المطلوب تعويضها وتاريخ المعاينة الطبية الأولى.
- **عدم ممارسة أي عمل مأجور خلال عطلة الامومة:** ألزم قانون التأمينات الاجتماعية المؤمنة لها أثناء عطلة الامومة عدم ممارسة أي عمل ماجور خلال فترة 14 أسبوعا بحيث لا يمكن أن تأخذ أجرتين في مدة زمنية واحدة.

كما وسع المشرع من دائرة المستفيدين من الأداءات في باب التأمين على الولادة إلى حالات أخرى نلخصها فيما يلي:

1. حالة الانقطاع الحمل: أعطى الحق المرأة الحامل من أداءات التأمين عند أي انقطاع للحمل يحدث بعد الشهر السادس.
2. حالة المؤمن متوفي: يمكن للزوج المؤمن له المتوفي الاستفادة من الخدمات العينية على الأمومة ولو جرت معاينة الحمل بعد وفاة الزوج إذا ثبتت شروط العمل وأن يتم الوضع بعد 350 يوما من بعد الوفاة.
3. حالة الطلاق أو الفراق: إذا وقع الطلاق في التاريخ المزعوم للحمل وتاريخ الولادة، فإن الحامل تحل محل المؤمن له في استحقاق حقوقه عند تاريخ الطلاق والفراق.

❖ **أداءات التأمين على الولادة:**[1]

تناولت المادة 23 من ال قانون11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية الأداءات المستحقة للمستفيدين من التأمين على الولادة وتشمل:

- **الأداءات العينية:** تعلق هذه الأداءات بالمصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته ذلك أن المرأة الحامل بالإضافة إلى استفادتها من عطلة الأمومة تستفيد أيضا من المصاريف المترتبة عن الحمل والوضع وتبعاته المتمثلة في المصاريف الطبية كالصيدلية وكذا مصاريف إقامة الام والمولود في المستشفى.

ولكن الاستفادة من هذه الأداءات مرتبط بموافقة الطبيب المستشار لدى هيئة الضمان الاجتماعي الذي يراقب ما مدى توفر الشروط المنصوص عليها قانونيا لا سيما ما نصت عليه المادة 24 من قانون 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية حيث اوجبت هذه الأخيرة على عدم جواز منح أداءات التامين على الولادة ما لم يتم الوضع على يد الطبيب او المساعدين المؤهلين ما عدا ما خلف هذا لأسباب قاهرة.

- **الأداءات النقدية:** حسب المادة سالفة الذكر 23 من القانون 11/83 فإن الأداءات المستحقة للمرأة العاملة يتمثل في دفع تعويض يومي إليها بسبب الولادة كالانقطاع عن العمل هو ما أكدته ال مادة12 من الأمر رقم 17/96 المعدل لقانون 11/83 حيث تتقاضى المؤمنة لها شريطة أن تتوقف عن كل عمل مأجور أثناء فترة التعويض تعويض يومي لمدة 14 أسبوعا متتالية تبدأ على الأقل ستة أسابيع منها قبل التاريخ المحتمل للولادة وهي تقدر بنسبة 100% من الأجر اليومي بعد اقتطاع اشتراك الضمان والضريبة مدة عطلة الأمومة، مع عدم إمكانية أن يكون التعويض المقدر 100% أدنى من ثمانية أضعاف المبلغ الصافي لمعدل ساعات الأجر الوطني الأدنى المضمون بعدها يتم حسابه بناء على الوثائق التي تقدمها المؤمنة لها.

[1] كشيدة باديس، مرجع سبق ذكره، ص ص 109 110.

المطلب الثالث: واقع النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

1. تنظيم مسار التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة:

على الرغم الإصـــلاحات والمجهودات والقرارات التي ســعت من خلاله الجزائر إلى الانتقال من النظام الجزافي في تمويل المؤســـســـات الصـــحية العمومية والتخلي عن مجانية العلاج إلى تمويل مبني على علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي، إلا أن الأمر اعترضه العديد من الصعوبات والتحديات التي حالت دون تطبيق هذا النظام في القطاع العمومي على الرغم من اقتراحه منذ التسعينات.

وضـــمانا لإعادة النظام التعاقدي للواجهة والحرص على بقائه ونجاحه كان لابد من توســيعه للقطاع الصـــحي الخاص، حيث تم ابرام عدة اتفاقيات وكان آخرها التي نص عليها المرســـوم التنفيذي رقم20_60 المؤرخ في 14 مارس 2020 فبموجبه تم تحديد وابرام اتفاقية نموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسة الاستشفائية الخاصـــة للتكفل بالولادة وذلك في إطار نظام التعاقد (نظام الدفع من قبل الغير)، وتســـمح هذه الاتفاقية بتحديد شروط وكيفيات التكفل بولادات المستفيدين من الضمان الاجتماعي في المؤسسات الاستشفائية الخاصة والمتمثلين في:

- المؤمن لهمن اجتماعيا؛
- زوجة أو زوجات المؤمن له اجتماعيا.[1]

2. أسباب وأهداف وضع هذه الاتفاقية:[2]

- تحقيق المســـعى الدائم والمتمثل في توفير خدمات طبية ذات نوعية لفائدة المؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم؛

[1] المرسوم التنفيذي رقم 20_60 الصادر في 14 مارس2020، والمحدد للاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة، الجريدة الرسمية، ال عدد.16

[2] ضمان اجتماعي: ابرام اتفاقية لتحسين ظروف الولادة بالمؤسسات الاستشفائية، على الموقع: https://radioalgerie.dz/news/ar/article/20200514/193524.html ، تاريخ الاطلاع:03_15_2023.

- تدعيم سلسلة الاتفاقيات التي تم إبرامها من طرف قطاع العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي مع مهني الصحة التابعين للقطاع الخاص على غرار مراكز تصفية الدم وجراحة القلب وكذا جهاز الطبيب المعالج لفائدة المؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم؛
- المساهمة في تخفيف الضغط على المؤسسات الاستشفائية العمومية بالنظر للعدد الكبير للولادات المسجلة سنويا؛
- تعزيز جودة الرعاية الصحية لفائدة المرأة المؤمن لها اجتماعيا وذوات الحقوق وتتعلق أساسا بدعم الجهود المبذولة من قبل منظومة الصحة العمومية في مجال التكفل بالولادة؛[1]
- تحمل تكاليف خدمات التوليد في المؤسسات الاستشفائية الخاصة للنساء المؤمنات اجتماعيا أو ذوات الحقوق من طرف هيئات الضمان الاجتماعي.[2]

3. التزامات مختلف أطراف الاتفاقية:

التزامات المؤسسة الاستشفائية الخاص:[3]

تقديم الممثل القانوني للمؤسسة الخاصة ملف الى هيئة الضمان الاجتماعي يتكون من:

- نسخة من ترخيص فتح المؤسسة الاستشفائية الخاصة أو توسيع النشاط المحتمل للولادة، مسّلم من طرف المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة؛
- القائمة الاسمية للممارسين الطبيين والقابلات والمستخدمين شبه الطبيين وكل سلك أو رتب وتخصصات مؤهلة لتقديم العلاجات الطبية الجراحية وكل علاجات أخرى ضرورية داخل المؤسسة لها علاقة بالنشاط؛

[1] هيئات الضمان الاجتماعي تتكفل بعملية الولادة على مستوى العيادات الخاصة، على الموقع: https://www.mtess.gov.dz/ar/، تاريخ الاطلاع:09_05_2023.

[2] Ahcène ZEHNATI .Le conventionnement de l'accouchement entre la Sécurité sociale et les cliniques privées : Enjeux et impacts sur les acteurs du système de santé, sur le site : https://www.reporters.dz/le-conventionnement-de-laccouchement-entre-la-securite-sociale-et-les-cliniques-privees-enjeux-et-impacts-sur-les-acteurs-du-systeme-de-sante consulté le:12_05_2023

[3] المرسوم التنفيذي رقم 20_60 الصادر في 14 مارس2020، مرجع سابق ذكره.

- شهادة استيفاء الاشتراكات يعدها الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الخاص بغير الأجراء؛
- كل وثيقة تثبت تكفل المؤسسة الخاصة بنفايات نشاط العلاجات التي تشكل خطر العدوى (الوسائل الخاصة أو اتفاقية مع هيكل آخر مؤهل قانونا).
- القيام بنشاطات الولادة في المؤسسة الخاصة تحت مسؤولية طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد يمارس عمله بالتوقيت الكامل، كما وتلتزم المؤسسة بتشغيل المستخدمين ذوي الكفاءات المطلوبة في مجال نشاط الولادة.
- يتعين على المؤسسة الخاصة فور قبولها لمستفيدة بدون التزام بالتكفل المسبق المسّلم من هيئة الضمان الاجتماعي، التأكد من استيفاء الشروط والكيفيات المنصوص عليها؛
- يتعين على المؤسسة الخاصة تقديم كل أعمالها المتعلقة بالتوليد والمتمثلة في الولادة البسيطة بكيفية طبيعية، الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال عملية لقط الجنين الولادة البسيطة بكيفية طبيعية مع التخدير الموضعي ما فوق الجافية، الولادة الخاصة بالتوأم، الولادة القيصرية البسيطة، الولادة القيصرية على رحم يحتوي على ندبات، الولادة القيصرية بالنسبة للنساء اللواتي تعانين من أمراض إضافية، للمستفيدين وذلك وفق المعايير الصحية المعمول بها عالميا؛
- التزام المؤسسة الخاصة بالسهر على احترام التنظيم المعمول به في مجال الوقاية والأمن في وسط العمل والوقاية الاستشفائية؛
- تدوين المؤسسة الاستشفائية الخاصة في سجل القبول المرقم والموقع من طرف الممثل القانوني للمؤسسة والمؤشر عليه من طرف المدير الولائي للصحة والسكان المعني، اسم ولقب وسن وعنوان المستفيدة وكذا تاريخ وتوقيت القبول والخروج من المؤسسة؛
- التزام المؤسسة بضمان سرية الملف الطبي للمستفيدين، الملزمة به طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما؛

- التزام المؤسسة باستعمال نظام "الشفاء" وبهذا الصدد، يجب عليها أن تتوفر على أجهزة الإعلام الآلي الملائمة وأن تكون موصولة بشبكة الإنترنت وقارئ أو قارئي بطاقة "الشفاء"؛
- إعداد المؤسسة للفواتير الفردية المتعلقة بالخدمات المقدمة للمستفيدين ة إما عن الطريق الإلكتروني أو على دعامة إلكترونية، ويمكن أن تعد بصفة انتقالية على الوثائق الورقية في ثلاث نسخ، وتوجه في كل شهر إلى هيئة الضمان الاجتماعي؛
- التزام المؤسسة الاستشفائية الخاصة بعدم مطالبة المستفيدين بدفع أتعاب أخرى بعنوان الأعمال المذكورة سابقا.

التزامات هيئة الضمان الاجتماعي:[1]

- تسليم هيئة الضمان الاجتماعي للالتزام بالتكفل بكل الأعمال المنصوص عليها في الاتفاقية (الأنواع الثمانية لعمليات التوليد) المقدمة من طرف المؤسسة الخاصة للمؤمن له اجتماعيا؛
- التزام وضمان هيئة الضمان الاجتماعي بسرية المعلومات الطبية للمريض طبقا لقواعد أدبيات مهنة الطب؛
- التزام الهيئة بدفع أجر الأعمال المنصوص المقدمة من طرف المؤسسة الخاصة، على أساس مبالغ التسعيرات الجزافية المحددة بالاتفاقية؛
- التزام هيئة الضمان الاجتماعي بتسديد الفواتير المستحقة للمؤسسة الخاصة في أجل أقصاه ثلاثون يوما، ابتداء من تاريخ استلام هذه الفواتير والوثائق الثبوتية المتعلقة بها؛
- التزام الهيئة بوضع المفتاح الإلكتروني لهيكل العلاجات والبرمجية التي تسمح باستعمال بطاقة "الشفاء" تحت تصرف المؤسسة الاستشفائية الخاصة؛
- يتعين على الهيئة الالتزام بضمان الصيانة الدائمة لنظام "الشفاء".

[1] المرسوم التنفيذي رقم 20_60 الصادر في 14 مارس2020، مرجع سابق ذكره.

التزامات المؤمن لهم اجتماعيا:[1]

التزام المؤمن له(لها) اجتماعيا للاستفادة من أحكام هذه الاتفاقية، أن تقدم لدى هيئة الضمان الاجتماعي طلب تكفل خلال الشهر الذي يسبق التاريخ المفترض للولادة يتضمن الموافقة المسبقة بالقبول من المؤسسة الخاصة التي اختارتها المستفيدة، ويجب أن يرفق هذا الطلب بتقرير طبي للطبيب المعالج يوضح على الخصوص التاريخ المفترض للولادة وطبيعتها إذا اقتضى الأمر؛

أما في حالة عدم إتمام الإجراءات لأسباب طبية أو إذا لم يقم المؤمن له (لها) اجتماعيا بالمبادرة، فإنه يجب على المستفيدة، فور قبولها، إثبات صفتها كمؤمن لها اجتماعيا أو زوجة مؤمن له وشروط تخويل الحق بتقديم بطاقة "الشفاء" صالحة ووثيقة الهوية والدفتر العائلي عندما يتعلق الأمر بالزوج.

4. نتائج وتأثير تطبيق الاتفاقية على مختلف الجهات الفاعلة في النظام الصحي:[2]

زيادة الطلب على التكفل بالولادة لدى المؤسسة الاستشفائية الخاصة:

حيث يساهم هذا النوع من التكفل في الاندفاع نحو العيادات الخاصة التي تتمتع لحد الآن بالقدرة الاستيعابية الكافية لاستقبال جميع الوافدين، كما ويؤدي هذا لارتفاع الكبير في الطلب الى مراجعة هيكل أنشطة هذه المؤسسات الاستشفائية الخاصة وحتى التضحية ببعض التخصصات لصالح التكفل بعمليات التوليد إذا لزم الأمر.

ديناميكية الاستثمار في القطاع الصحي الخاص:

حيث يمكن أن تأثر الاتفاقية إلى تأثير غير متوقع من خلال تعزيز الاستثمار في القطاع الخاص ويتمثل ذلك في: انشاء عيادات أحادية التخصص في أمراض النساء والتوليد، توسيع الأنشطة نحو هذا التخصص في العيادات الموجودة سابقا، وهذا ما حدث أثناء تنفيذ سياسة الاتفاقية لعام 2002 لحالة غسيل الكلى (وجراحة

[1] نفس المرجع.

[2] Ahcène ZEHNATI, op.cit.

القلب) أدى إلى مضاعفة عدد العيادات في الإقليم، من أصل 430 عيادة تشغيلية، في عام 2018، تم تخصيص 35٪ منها لغسيل الكلى.

خلق ضغط في سوق أطباء التوليد وأمراض النساء وإضافة الى القابلات:

تنص المادة 5 من الاتفاقية على أن أنشطة الولادة في المؤسسة الاستشفائية الخاصة يجب أن تتم تحت مسؤولية طبيب متخصص في أمراض النساء والتوليد ، ويمارس هذا العمل بدوام كامل الأمر الذي سيؤدي إلى اعتماد زيادة عدد أطباء التوليد وأمراض النساء الذين سيتم تعيينهم على أساس التفرغ، و المشكل المطروح هنا هو قدرة المؤسسات الخاصة على العثور على طبيب أمراض النساء والتوليد الذي سيوافق على الممارسة على أساس دائم والذي سيتحمل المسؤولية عن جميع الأعمال التي يتم تنفيذها على مستوى المؤسسة، وهذا أمر غير ممكن على الأغلب، كما وقد تواجه العيادات صعوبات كبيرة في تعيين القابلات لإدارة الولادات الطبيعية بعد استبعادهم تدريجياً من النظام الصحي حيث أصبحوا نادرين بشكل متزايد ، تقوم العيادات الخاصة بتوظيف القابلات المتقاعدات والقابلات من القطاع العام العاملات في الأنشطة الخاصة.

زيادة محتملة في معدل الولادة القيصرية:

حيث أنه للولادة القيصرية مزايا عديدة بالنسبة للعيادات الخاصة، فمن الناحية المالية يحصلون على أجر أفضل من الولادة العادية، ويتم إجراؤها في وقت أقل ويمكن برمجتها مما يسهل إدارة النظام الأساسي التقني، أما وفقا للأطباء فهي تسمح بتقليل مخاطر الجنين والأم حيث يزداد استخدام العملية القيصرية عندما تكشف التشخيصات والفحوصات عن مستوى عال من المخاطر الطبية والتوليدية لا سيما في حالة وجود تاريخ من الولادة القيصرية ، أو الضيق أو العرض غير الطبيعي للجنين ، أو تسمم الحمل ، أو مرض السكري ، أو تأخر النمو في الرحم...إلخ.

واعتمادا على دراسة سابقة قارنت بين محددات وأسباب التوجه للولادة القيصرية في كل من القطاع العام والخاص، وتم التوصل الى احتمال إجراء عملية قيصرية يرتبط بشكل إيجابي بمكان الولادة حيث يتضاعف احتمال الولادة

القيصـــرية في منشـــأة خاصـــة حوالي 8 مرات، كما وتكشـــف النتائج أن العوامل الطبية تفســـر اســـتخدام العملية القيصرية في القطاع العام، أما في القطاع الخاص فتفسره العوامل غير الطبية.

خلاصة الفصل:

رغم تكريس الأرضية القانونية و التقنية لتطبيق التعاقد باعتباره اللبنة الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية، إلا أن السلطات بقيت عاجزة عن تطبيقه في القطاع العمومي للصحة، وعلى عكس من هذا فقد شهد النظام نجاحا و توسعا في القطاع الخاص رغم وجود تعثرات و تحديات تعرقل من تطبيقه الأمر الذي ساهم في تحسين ظروف التكفل بالمرضى المؤمنين لهم إضافة الى اسناد القطاع العمومي خاصة في بعض التخصصات كعلاج مرضى القلب والشرايين وجراحة القلب، والتكفل بحالات الولادة المخلفة، الشيء الذي أدى بدوره الى تخفيف العبء عن المستشفيات العمومية.

الفصل الثالث:

الدراسة الميدانية للتعاقد بين صندوق الضمان الإجتماعي للعمال الأجراء –جيجل–ومصحة الشفاء للطب والجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد –الطاهير–جيجل.

الفصل الثالث: الدراسة الميدانية للتعاقد بين صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء CNAS وكالة جيجل ومصحة الشفاء.

تمهيد:

بعد تطرقنا إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالنظام التعاقدي باعتباره آلية فعالة لتحسين النظام الصحي وتغطية الخدمات الصحية وضمان جودتها، وكذا أهم المفاهيم المتعلقة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة والضمان الاجتماعي وأخيرا الدور الذي يلعبه التعاقد في إطار الاتفاقية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة في تحسين ظروف التكفل بعمليات التوليد للنساء المؤمنات اجتماعيا أو ذوات الحقوق.

ومن أجل تدارك أي نقص يلحق بموضوعية البحث كان من الضروري تدعيم الجانب النظري بجانب تطبيقي لإبراز الدور الذي يلعبه هذا النوع من التعاقد، وذلك من خلال الدراسة الميدانية في كل من المؤسسة الاستشفائية الخاصة والمتمثلة في مصحة الشفاء بالطاهير ولاية جيجل وكذا الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لولاية جيجل، كما وقمنا بتوزيع استبيان لدى مجتمع الدراسة ككل والمتمثل في عمال مصحة الشفاء من أطباء، شبه طبيين، وإداريين واستطلاع رأيهم في الإشكالية المطروحة.

ومن أجل الإلمام أكثر بالدراسة الميدانية قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين:

المبحث الأول: التعريف بمؤسسات الاستقبال.

المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة، عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

المبحث الأول: تقديم مؤسسات الاستقبال.

المطلب الأول: المؤسسة الاستشفائية الخاصة مصحة الشفاء.

1. التعريف بمصحة الشفاء:

مصحة الشفاء للطب و الجراحة العامة وأمراض النساء و التوليد بمدينة الطاهير ولاية جيجل وهي مؤسسة إستشفائية خاصة تقع في حي" زعموش" بدائرة الطاهير، باشرت العمل في 29 رجب 1433هـ، الموافق ل 12 جوان 2012 م، بغلاف مالي قدره 77 مليار سنتيم، تتكون من عدة هياكل صحية خاصة بالعلاج والاستشفاء والوقاية موجهة لخدمة المواطنين، وتتربع على مساحة تقدر ب 399 $م^2$ ،وتتسع ل 47 سرير خاص بالجراحة العامة، 13 سرير خاص بطب النساء والتوليد، 08 أسرة خاصة بقسم الإنعاش، 04 أسرة للمراقبة الطبية، كما توظف المصحة 80عامل، منهم 05 أطباء مختصين،07 أطباء عامين،21 ممرضين، و04 قابلات، وصيدلي واحد، و29 عامل بين إداريين وعمال آخرين، إضافة إلى 13 موظف بصيغة عقود ما قبل التشغيل.

2. أهداف المصحة:

تهدف المصحة إلى تحقيق ما يلي:

- المساهمة في التوعية والتثقيف الصحي لأفراد المجتمع؛
- المساهمة في رفع وتحسين المستوى الصحي لأفراد المجتمع؛
- المساهمة في إرساء قواعد ومعايير عالية المستوى لممارسة مهنة الطب؛
- توفير وسط ملائم وممتاز في مجال الخدمات الصحية؛
- تشخيص وعلاج الحالات المرضية المعقدة المحالة إليها من طرف المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى؛
- تحقيق الربح على المدى الطويل بهدف دعم وتطوير الخدمة الصحية المقدمة؛

– الاستثمار في الموارد البشرية (جلب أحسن الكفاءات في كل المجالات) .

3. الخدمات الصحية المقدمة في مصحة الشفاء:

تتمثل أهم الخدمات الصحية التي تقدمها مصحة الشفاء في:

1.3 **خدمات الطب الباطني:** تهدف إلى تقديم خدمات طبية وتشـــخيصـــية وعلاجية وإســـعافيه في مجال الطب الباطني، مثل أمراض القلب والأمراض الصدرية، الأورام والغدد الصماء... الخ.

2.3 **خدمات الجراحة:** تتمثل في إجراء العمليات الجراحية العلاجية والاســتكشــافية ومتابعة المرضـــى بعد إجراء العمليات الجراحية.

3.3 **خدمات أمراض النســاء والتوليد:** تقوم المؤســســة بتوفير خدمات العلاج والرعاية الطبية والإســعاف للنســاء عموما، كما تهتم بالأمراض النسائية والأمهات أثناء الحمل وبعد الولادة.

4.3 **خدمات الأشعة:** تتمثل في الأشعة والتصوير بأحدث الأجهزة مثل السكانر والراديو.

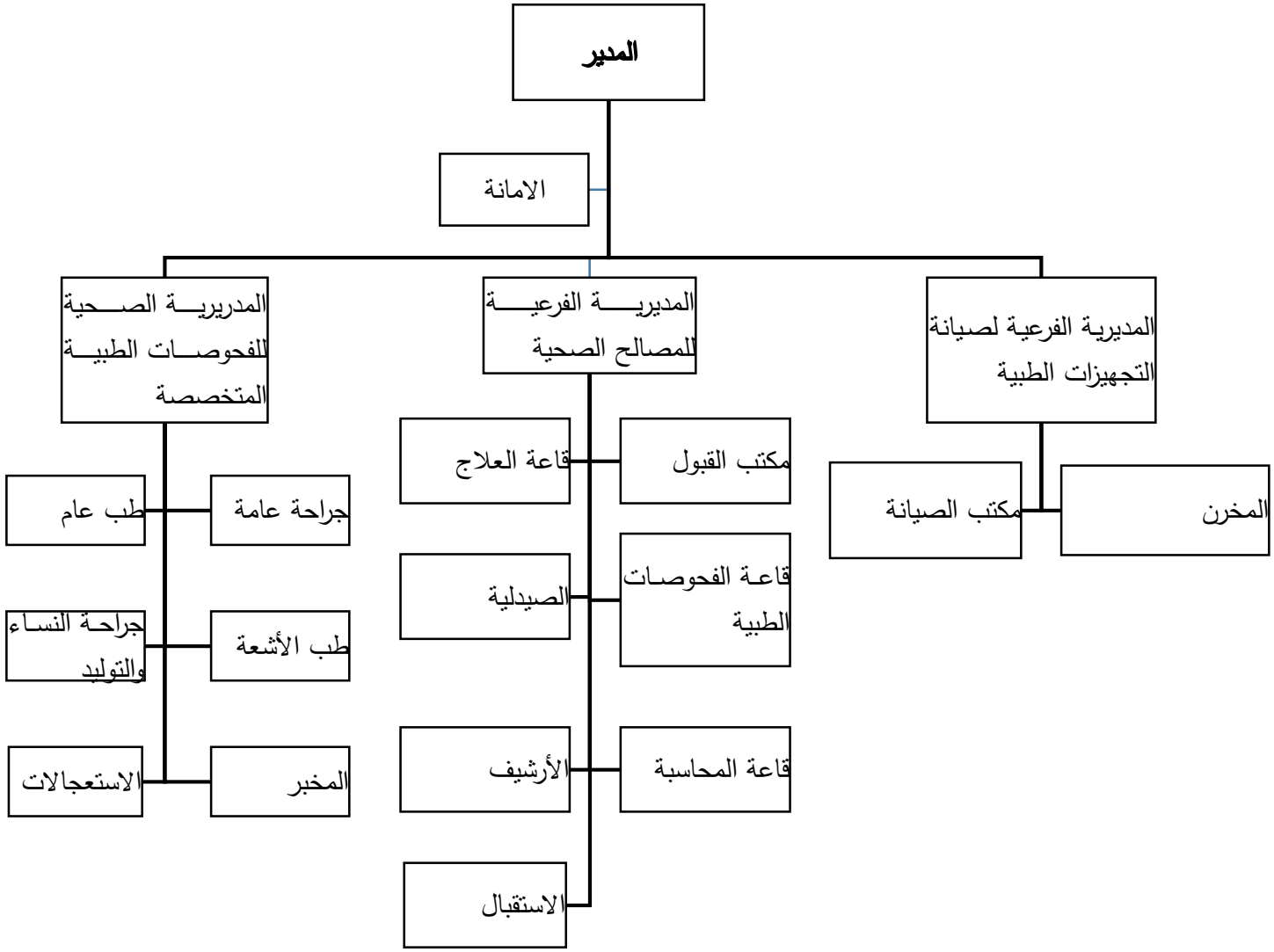
5.3 **الخدمات المخبرية:** تتمثل في خدمات فحص الدم والهرمونات.

6.3 **خدمات العناية الطبية المركزة:** هي خدمات طبية مركزة للحالات المرضية الحادة.

بالإضــافة إلى الخدمات ســابقة الذكر تقدم المصــحة مجموعة أخرى من الخدمات كخدمات الإطعام وخدمات التوجيه والاستقبال والنظافة.

4. الهيكل التنظيمي لمصحة الشفاء:

الشكل رقم(02): الهيكل التنظيمي لمصحة الشفاء.



المصدر: من إعداد الطالبتين

من خلال الشكل يتبين أن المؤسسة الاستشفائية الخاصة–الشفاء–تتكون من:

- **المدير:** هو المسؤول الأول والأخير عن تسيير المركز وتتمثل مهامه فيما يلي:

– وضع خطط طويلة وقصيرة المدى تتعلق بعملية تقديم وتطوير الخدمات المقدمة بالمصحة؛

– تقييم الوضع بالمصحة ومقارنته بما هو مخطط وما يجب تحقيقه؛

– مناقشة احتجاجات كل مديرية بالمصحة وتحديد نصيبها من الميزانية العامة؛

– تحديد المهام والمسؤوليات في المصحة؛

- **الأمانة:** هي المسؤولة عن ضمان خدمات إدارة المديرية، وتتولى استقبال البريد الخاص بالمدير العام وترتيب الوثائق في خزائن الأرشيف، تحرير المراسلات، استقبال وإرسال الفاكس، استقبال وتحويل المكالمات الخاصة بالمدير.
- **المديرية الفرعية للصيانة التجهيزات الطبية:** وتضم مكتبان هما مكتب صيانة التجهيزات والمخزن، وتعمل هذه المديرية على ما يلي:

– السهر على تموين وتلبية طلبات واحتجاجات مختلف المصالح، بالأجهزة والآلات الطبية الضرورية؛

– القيام بإعداد المشاريع ووضع البرامج الخاصة بالتجهيزات؛

– تخزين التجهيزات الطبية؛

- **المديرية الفرعية للمصالح الصحية:** وتقوم هذه المديرية بمهام عامة تتمثل في المتابعة وتوفير الاحتياجات المادية والبشرية التي يحتاجها العمل، والسعي لمواكبة التطورات وتحسين الأداء، والاشتراك في أعمال اللجان المختلفة ذات العلاقة بالمصحة، ومناقشة الحالات مع الأطباء، وإعداد تقارير دورية عن أعمال المديرية مع التوصيات الرامية إلى تطوير العمل بالمديرية.
- **المديرية الصحية للفحوصات الطبية المتخصصة:** وهي مديرية فرعية تابعة للمصحة لها صلة بالمدير وينبثق عنها:

– الجراحة العامة؛

- الطب العام؛
- طب الأشعة؛
- جراحة النساء والتوليد؛
- المخبر؛
- الاستعجالات.

المستندات الواجب توفيرها من طرف مصحة الشفاء

5. المستندات الواجب توفيرها من قبل مصحة الشفاء للتعاقد مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء في إطار اتفاقية التوليد:

- طلب اتفاقية؛
- نسخة من الإذن والسماح بفتح المؤسسة الاستشفائية الخاصة أو توسيع ممارسة نشاط الولادة صادرة عن وزارة الصحة؛
- البطاقة الفنية المتعلقة بخصائص المنشأة ومعداتها اللازمة لنشاط الولادة والتكفل بأطفال حديثي الولادة؛
- قائمة الممارسين الطبيين، القابلات والشبه طبيين وجميع الهيئات والدرجات والتخصصات الأخرى المخولة لتقديم الرعاية الطبية الجراحية وجميع الرعاية اللازمة الأخرى داخل المؤسسة؛
- قرار تعيين طبيب نسائي؛
- نسخة من بطاقة التسجيل الضريبي؛
- نسخة من السجل التجاري؛
- نسخ شهادات الأطباء والممرضين؛
- بطاقة عمل المستخدمين؛
- شهادة تحديث الاشتراكات الصادرة عن الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء والغير الاجراء؛
- أي مستند يثبت إدارة المؤسسة الخاصة لنفايات أنشطة الرعاية ذات المخاطر المعدية.

6. احصائيات حول التكفل بالنساء المؤمنات اجتماعيا خلال الفترة من 2020/07 إلى 2022/12.

تم الانطلاق في العمل على أساس هذه الاتفاقية بين مصحة الشفاء وصندوق الوطني الاجتماعي للعمال الأجراء في 2020/07/1.

الجدول رقم(01): عدد المستفيدات ومبالغ التغطية خلال فترة 2020/12/31–2022/07/01

النشاط	التسمية	الكمية	المبلغ المؤمن عليه DA	المبلغ المتبادل	المجموع
2014	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية.	3	75000.00	0.00	75000.00
2015	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج.	35	1050000.00	0.00	1050000.00
2019	ولادة قيصرية بسيطة.	59	2950000.00	0.00	2950000.00
2020	الولادة القيصرية على رحم يحتوي على ندبات.	38	1900000.00	0.00	1900000.00
2021	الولادة القيصرية بالنسبة للنساء اللواتي يعانين من أمراض إضافية، لاسيما ارتفاع ضغط الدم والسكر، بما في ذلك التكفل بالأدوية المتناولة.	11	660000.00	0.00	660000.00
المجموع		146	6635000.00	0.00	6635000.00

المصدر: وثائق داخلية مسلمة من طرف رئيس مركز الدفع وكالة الطاهير.

من خلال الجدول نلاحظ أن خلال فترة 2020/07/01 – 2020/12/31 تم التكفل بخمس أنواع من الولادات حيث بلغ مجموع المستفيدات 146 وسجلت الولادات القيصرية أكبر عدد من الولادات ب 59 ولادة وبالتالي أكبر مبلغ تم تغطيته يقدر ب 2950000.00 دج، أما أقل تعويض ونوع من الولادات التي تم التكفل به هو الولادة البسيطة بكيفية طبيعية حيث بلغ عدد المستفيدات 3 بمبلغ يقدر ب 75000.00 دج.

الجدول رقم(02): عدد المستفيدات والمبالغ المؤمن لها خلال الفترة: 2021/01/01 –2021/12/31

النشاط	التسمية	الكمية	المبلغ المؤمن عليه DA	المبلغ المتبادل	المجموع
2014	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية.	46	1150000.00	0.00	1150000.00
2018	ولادة خاصة بالتوأم	1	45000.00		45000.00
2015	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج.	208	6240000.00	0.00	6240000.00
2019	ولادة قيصرية بسيطة.	291	14550000.00	0.00	14550000.00
2020	الولادة القيصرية على رحم يحتوي على ندبات.	167	8350000.00	0.00	8350000.00
2021	الولادة القيصرية بالنسبة للنساء اللواتي تعانين من أمراض إضافية، لاسيما ارتفاع ضغط الدم والسكر، بما في ذلك التكفل بالأدوية المتناولة.	34	2040000.00	0.00	2040000.00

المجموع		747	32375000.00	0.00	32375000.00

المصدر: وثائق داخلية مسلمة من قبل رئيس مركز الدفع وكالة الطاهير.

نلاحظ من خلال الجدول أن عدد المستفيدات في زيادة حيث بلغ عددهم في هذه الفترة 747 وبقيت الولادات القيصرية محافظة على المركز الأول من حيث عدد المستفيدات والمبالغ المعوضة من قبل هيئات الضمان الاجتماعي ثم تليها الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج بعدد 208 والمبلغ المؤمن عليه قدر ب 6240000.00 دج في حين سجلت الولادة الخاصة بالتوأم أقل عدد من المستفيدات حيث استفادت امرأة واحدة فقط.

الجدول رقم(03): عدد المستفيدات والمبالغ المؤمن لها خلال الفترة 2022/01/01 –2022/12/31

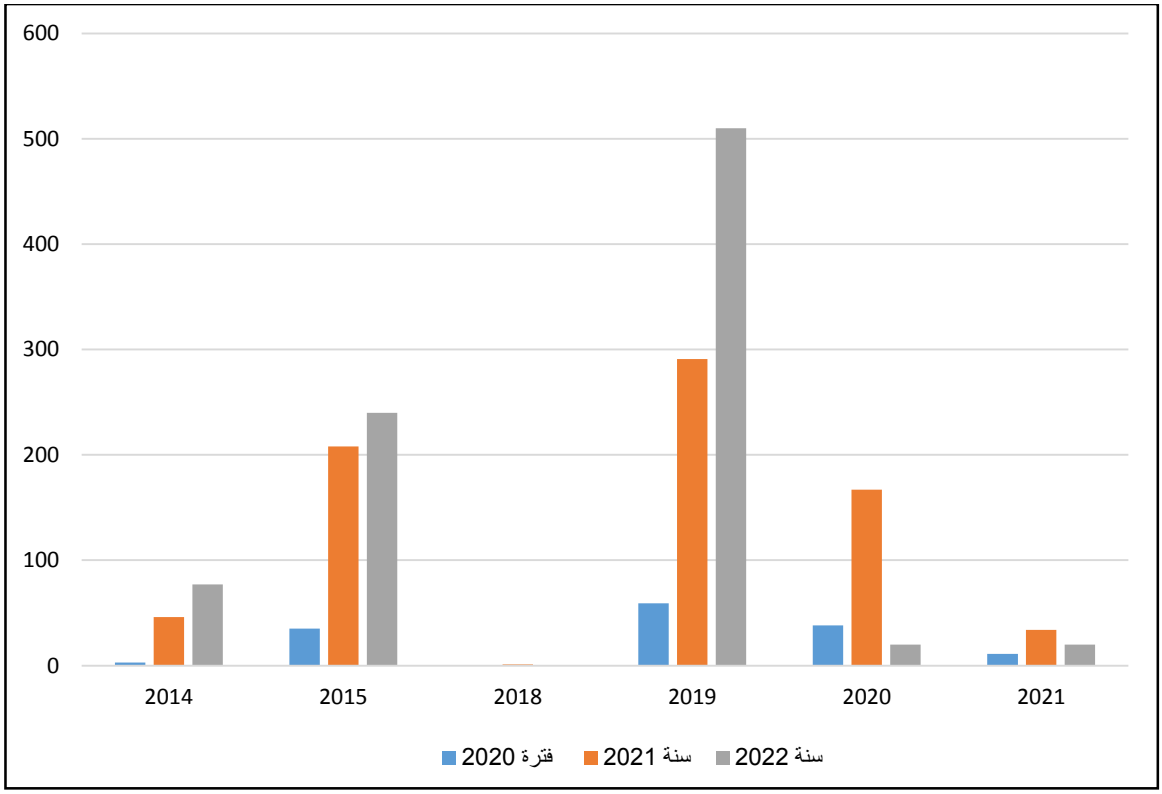
النشاط	التسمية	الكمية	المبلغ المؤمن عليه DA	المبلغ المتبادل	المجموع
2014	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية.	77	1925000.00	0.00	1925000.00
2015	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج.	240	7200000.00	0.00	7200000.00
2019	ولادة قيصرية بسيطة.	510	25500000.00	0.00	25500000.00
2020	الولادة القيصرية على رحم يحتوي على ندبات.	20	100000.00	0.00	100000.00
2021	الولادة القيصرية بالنسبة للنساء اللواتي تعانين من أمراض إضافية، لاسيما ارتفاع ضغط الدم والسكر،	20	1200000.00	0.00	1200000.00

	بما في ذلك التكفل بالأدوية المتناولة.				
المجموع		867	36825000.00	0.00	36825000.00

المصدر: وثائق داخلية مسلمة من طرف رئيس مركز الدفع وكالة الطاهير.

حيث نلاحظ من الجدول بلوغ عدد المستفيدات 867 مستفيدة، كما وتم التعويض بمبلغ قدر ب 36825000.00 دج حيث بلغ عدد المستفيدات من الولادة القيصرية البسيطة 510 ولادة بمبلغ 25500000.00 دج أما أدنى عدد للمستفيدات فسجلت في كل من نشاط 2020و2021 بعدد 20 مستفيدة.

الشكل رقم(03): عدد المستفيدات خلال الفترة 2020/07/01 –2022/12/31.



المصدر: من إعداد الطالبتان

يوضح الشكل عدد النساء المستفيدات حسب كل نشاط كل نوع من أنواع الولادة، حيث نلاحظ أن عدد المستفيدات من الولادة القيصرية البسيطة أكبر من الأنشطة الباقية وهذا يعود إلى أن أغلب النساء تفضل الولادة القيصرية في المؤسسات الاستشفائية الخاصة عن المؤسسات العمومية وهذا يعود لنقص جودة الخدمات الصحية والسرعة في الرد عن الطلب، على عكس الولادة الخاصة بالتوأم التي تعتبر شبه معدومة، وأن نسبة التكفل في زيادة مستمرة حيث نرى عدد التكفل بنشاط 2015 الذي يرمز إلى الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج خلال سنة 2020 كان 35 ثم 208 في سنة 2021 ثم 240 في سنة 2022.

المطلب الثاني: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء _جيجل_ CNAS.

1. تعريف:

الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء لولاية جيجل وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تابعة لوزارة العمل والضمان الاجتماعي، ذات تسيير خاص، طبقا للمادة 49 من القانون رقم 88–11 المؤرخ في 12 يناير 1988 المتضمن القانون التوجيهي للمؤسسات العمومية الاقتصادية.

نصت المادة الخامسة من المرسوم رقم 07/92 على توفر الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية على وكالات محلية يحدد عددها أو اختصاصها الإقليمي بموجب قرار من الوزير المكلف بالضمان الاجتماعي، هذه الوكالات سميت بالوكالات الولائية بموجب القرار الوزاري المؤرخ في 1998/03/11 المتضمن التنظيم الداخلي للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الاجراء(cnas) في فصله الثالث، أما تسيير وكالة جيجل فيتم حاليا من طرف 338 عون وتعمل تحت وصاية المديرية العامة للصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الاجراء الكائن مقرها بالجزائر العاصمة.

2. مهام الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية:

يمكن تلخيص مهام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في النقاط التالية:

– تسيير التعويضات المادية كمصاريف العلاج، العطل المرضية، حوادث العمل والأمراض المهنية؛

– تسيير تعويضات المنح العائلية على حساب الدولة من الخزينة العمومية؛

– تأمين التحصيل والمراقبة ومنازعات التحصيل؛

– المساهمة في التنمية السياسية والرقابة من حوادث العمل والأمراض المهنية؛

– تسيير تعويضات الأشخاص المستفيدين من الاتفاقية الدولية.

3. أهداف صندوق الضمان الاجتماعي:

يعتبر الضـمان الاجتماعي رافدا للتنمية وآلية للمحافظة على الموارد البشـرية وتكريس قيم التضـامن والتآزر بين مختلف الفئات والأجيال وتحسين مستوى عيش الأفراد والأسر ودعم أواصر الاستقرار والتماسك الاجتماعي، ويمكن تلخيص أهداف الضمان الاجتماعي فيما يلي:

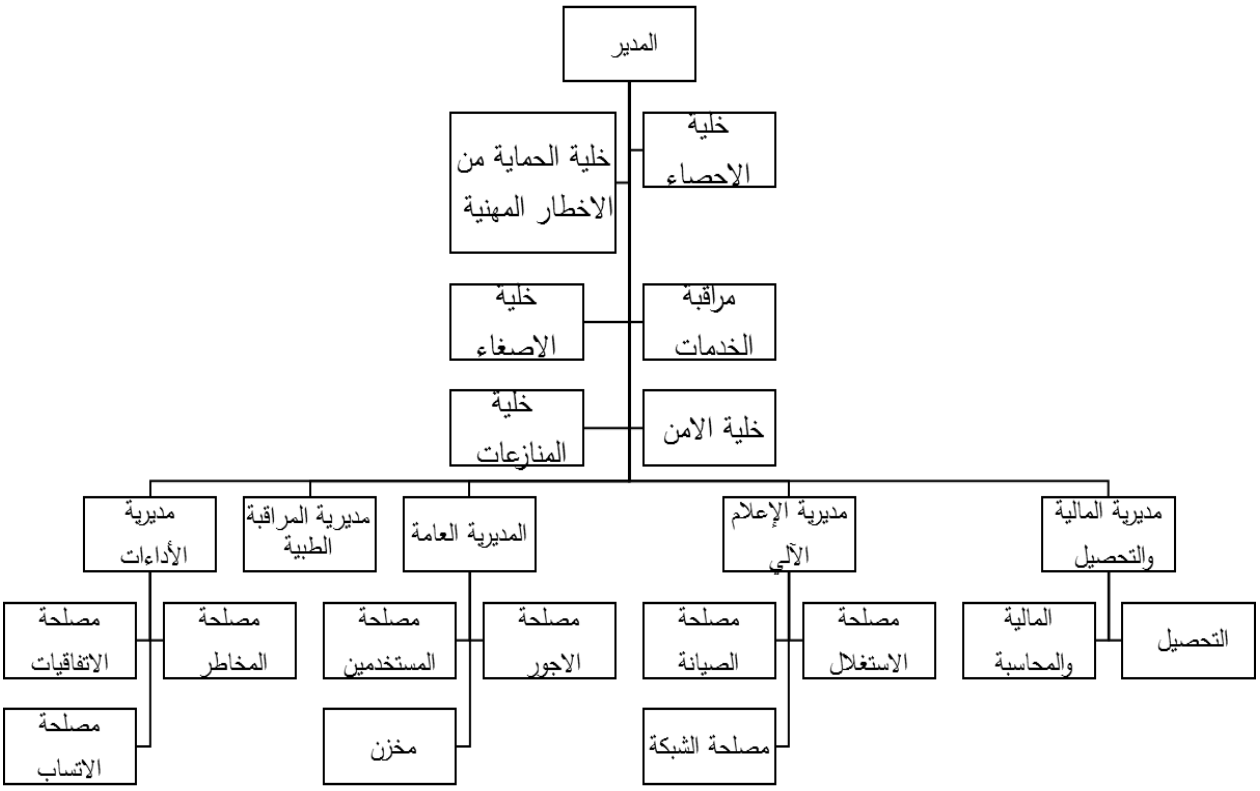
- توفير الخدمات الاجتماعية المختلفة المتعلقة بالضمان الاجتماعي للفئات المأجورة؛
- لعب دور الوسيط مع بعض القطاعات والمؤسسات (الصيادلة، المؤسسات الصحية، عيادات إعادة التأهيل)؛
- ربط وتوجيه أهداف وزارة العمل والحماية الاجتماعية فيما يخص برامجها المتعلقة بالصحة والبرنامج الاجتماعي (مناصب العمل)؛
- محاولة التقليل من حوادث العمل ومختلف الأخطار المحيطة بالعامل؛
- المساهمة في إعادة توزيع الدخل الوطني من خلال إعادة توزيع المداخيل أي الاقتطاع من دخل الفئة العاملة وتوزيعها على الفئة الغير قادرة على العمل، مثل فئة المتقاعدين؛

– مساعدة وتحفيز التنمية الاقتصادية وذلك من خلال المحافظة على القدرة الشرائية للأفراد (دعم الطلب)؛

– تضـمن تمتع الأفراد بالأمن الاجتماعي والاقتصـادي الأسـاسـي الذي يمكنهم من تنمية إمكانيتهم في العمل، وكذلك ضمان تأمين أسرهم.

4. الهيكل التنظيمي للصندوق الوطني للعمال الأجراء–جيجل–:

الشكل رقم(04): الهيكل التنظيمي الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء _جيجل_:



المصدر: وثائق داخلية مسلمة من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي _جيجل_

شرح الهيكل التنظيمي للمؤسسة:

- **المـدير:** يعتبر أعلى هيئـة إداريـة يرجع إليـه اتخـاذ جميع القرارات التي تهم الهيئـة من جميع النواحي والمدير بالدرجة الأولى يمثل السلطة على جميع المستخدمين كما يسهر على:
  - حسن سير المصالح المختلفة وذلك بالرقابة المستمرة؛
  - توفير الضروريات اللازمة حتى تكون الأعمال كاملة ومنظمة وتضم هذه المديرية 06 نيابات وهي:
    - مديرية الإدارة العامة؛
    - مديرية الأداءات؛
    - مديرية المراقبة الطبية؛
    - مديرية الإعلام الآلي؛
    - مديرية المالية؛
    - مديرية التحصيل.
- **مديرية الإدارة العامة:**

يرأسـها نائب مدير الإدارة العامة إذ يعتبر المسـؤول الأول عن النيابة والمسـؤول الثاني للصـندوق بعد المدير والذي يسـهر على تسـيير مصـالح الإدارة والمسـتخدمين على حد السـواء وتعتبر الوسـيط بينها معتمدة في ذلك على مصالح تابعة لها وهي:

- مصلحة الوسائل العامة: تسهر على الإمداد والتمويل بالوسائل والأجهزة بغرض تحقيق أهداف المؤسسة؛
- مصـــلحة المســـتخدمين: تســـهر على المتابعة اليومية لملفات العمال ومتابعة حركتهم وإعداد الوثائق والمقررات المتعلقة بتسوية الوضعيات وغيرها من الأمور المتعلقة بالمسار المهني؛
- مصلحة الأجور: تضمن تسيير أجور العمال والتصريحات الخاصة بالأجور والضريبة في وقتها؛

- مصـلحة متابعة الاسـتثمارات: تقوم بمتابعة مختلف الاسـتثمارات ومشـاريع الصـندوق وإعداد الملفات الخاصة بالإنجازات؛
- مصلحة أملاك الصندوق: متابعة الإطار القانوني للأملاك ومكتسبات المؤسسة؛
- مصلحة الأرشيف: تسهر على ترتيب وتنظيم الحفاظ على الأرشيف.

- **مديرية الأداءات:**

تكمن المهمة الأسـاسـية لهذه المديرية في تقديم مختلف الأداءات إلى المؤمنين اجتماعيا وتعد أكبر مديرية بالصـندوق باعتبارها تقوم بتسـيير مراكز وفروع الدفع المنتشـرة على التراب الوطني وكذلك معتمدة على عدة مصالح نذكر منها ما يلي:

مراكز الدفع، مصـلحة الشـفاء، مصـلحة مراقبة الأداءات، مصـلحة التعاقد، مصـلحة الريوع والعجز، مصـلحة الانتساب، مصلحة الدفع من قبل الغير، مصلحة المنح العائلية.

- **مديرية الإعلام الآلي:**

تضـمن وتسـهر على حماية نظام المعلومات وكذا التحكم في المراجع الأسـاسـية في برمجيات الإعلام الآلي مع ضمان الدعم التقني لجميع هياكل المؤسسة وبها قسمان:

- قسم الصيانة: يقوم بصيانة أجهزة الإعلام الآلي بالمركز وأجهزة مختلف المصالح التبعة للوكالة؛
- قسم الاستغلال: يقوم بمعالجة واستغلال المعلومات المخزنة في قاعدة المعطيات.

- **مديرية الرقابة الطبية:**

تشرف على تسيير مجموعة من مراكز المراقبة الطبية الموجودة بكل من جيجل، الطاهير، الميلية، كما تشرف على مركز التصـــوير الاشـــعاعي الطبي والتحاليل البيولوجية هذه الأخيرة التي يشـــرف عليها طبيب عام بمساعدة مجموعة من الأطباء العامين والمختصين وكذا أعوان للمراقبة الطبية تتكفل هذه المراكز ب:

- ضمان دور المجلس الطبي على مستوى كل المراكز؛
- تنظيم وتنسيق عمليات المراقبة الطبية؛
- إجراء تحاليل طبية وبيولوجية للمؤمنين اجتماعيا للكشف عن الأمراض.

- **المديرية المالية والتحصيل:**

يرأسها نائب المالية والمحاسبة والتحصيل إذ يعتبر المسؤول الأول عن تسيير أموال الصندوق بفعالية وأمانة، ويلعب دور أساسي في دراسة ومراقبة جميع العمليات المالية واتخاد القرارات ويسهر على إعداد الميزانية والبيان الختامي والتقارير المالية بإعانة من رئيس قسم المالية والمحاسبة في آخر السنة ثم يقوم بتقديمها إلى المدير للتأشير عليها وإرسالها إلى المديرية العامة وهذه النيابة تتكون من ثلاث أقسام وهي:

- قسم المنازعات: يهتم بحل قضايا المنازعات لدى المحاكم المتعلقة بالصندوق سواء كانت من جانب المؤمنين اجتماعيا وأرباب العمل؛
- قسم تحصيل الاشتراكات: يقوم بتحصيل اشتراكات أرباب العمل وفق نسب معينة ومحددة مسبقا كما يقوم بمراقبة أرباب العمل المخالفين والمتأخرين عن دفع مستحقاتهم أو التصريح بعمالهم؛
- قسم المالية والمحاسبة: يعتبر واحدا من الركائز الأساسية في تسيير هيئة شؤون الضمان الاجتماعي حيث يقوم بجمع البيانات والوثائق المحاسبية الخاصة بالعمليات المالية من مختلف المصالح للتأكد من دقتها وصحتها واكتمالها بغرض التسجيل المحاسبي لمختلف العمليات المالية وذلك من أجل إعداد الحسابات الختامية.

5. **قيمة التعويض حسب كل نوع من أنواع الولادة.**

وهذا ما يشير إليه الملحق الأول من الاتفاقية:

الجدول رقم(04): قيمة التعويض حسب كل نوع من أنواع الولادة.

الرقم	الأعمال	المبالغ التسعيرات الجزافية (DA)
01	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية	25.000
02	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال إجراء بضع الفرج	30.000
03	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية من خلال عملية لقط الجنين	35.000
04	الولادة البسيطة بكيفية طبيعية مع التخدير الموضعي ما فوق الجافية	35.000
05	الولادة الخاصة بالتوأم	45.000
06	الولادة القيصرية البسيطة	50.000
07	الولادة القيصرية على رحم يحتوي على ندبات	50.000
08	الولادة القيصرية بالنسبة للنساء اللواتي تعانين من أمراض إضافية، لاسيما ارتفاع ضغط الدم والسكر، بما في ذلك التكفل بالأدوية المتناولة	60.000

المصدر: اتفاقية هيئات الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء/ المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.

المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدراسة الميدانية، عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.

سيتناول هذا المبحث منهجية الدراسة وتعيين مجتمع البحث، مع استعراض أدوات الدراسة والتأكد من صدقها وثباتها والكيفية التي طبقت بها الدراسة ميدانيا، والأساليب الإحصائية التي تم استخدامها في تحليل البيانات.

المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية.

يعرف المنهج على أنه الأسلوب أو الطريقة التي تتبع من أجل تحري الحقائق العلمية في أي علم من العلوم، وتعتبر الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة لاكتشاف الحقيقة.[1]

وقد اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي التحليلي، والذي يمثل وصفا لعملية تعاقد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء بجيجل ومصحة الشفاء من أجل التكفل بعمليات الولادة للنساء المؤمنات اجتماعيا أو ذوات الحقوق، وهذا المنهج يساعدنا في دراسة الظاهرة كما وكيفا، من خلال جمع المعلومات وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة.

1. **مجتمع الدراسة:**

يتركز موضوع بحثنا في الأساس حول التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة _ مصحة الشفاء_ الطاهير بولاية جيجل، ولمعرفة دور هذا التعاقد في تحسين ظروف التكفل بعمليات التوليد للنساء المؤمنات اجتماعيا قمنا بتوزيع الاستبيان على مختلف عمال المصحة الذي يبلغ عددهم 80 عاملا من طاقم طبي وشبه طبي وطاقم إداري والذين يشكلون مجتمع الدراسة ، ونظرا لصغر حجم هذا المجمع فقد ارتأينا دراسة كل أفراده و عدم الاعتماد على عينة وهذا للحصول على معلومات أكثر مصداقية، إذ تم توزيع 80 استمارة ليتم بعدها حفظ البيانات في ملف Excel ومن ثم نقلها مباشرة إلى

[1] محمود احمد أبو سمرة وآخرون، **"منهجية البحث العلمي، مجلة العلوم الإسلامية "سلسلة الدراسات الإنسانية"**، المجلد 16، ال عدد02، القدس، فلسطين، 2008، ص 450.

برنامج IBM Spss V23 أين تم دراسة وتحليل الاستجابات الكمية و مراجعتها و إضافتها للاستجابات النوعية، والجدول التالي يوضح الاستبيانات الموزعة على المجتمع.

الجدول رقم(05): الاستبيانات الموزعة على المجتمع.

الاستبيان	التوزيع التكراري	النسبة المئوية
الاستبيانات الموزعة	80	100%
الاستبيانات المسترجعة	80	100%
الاستبيانات الضائعة	0	0%

المصدر: من إعداد الطالبتين.

2. طرق جمع البيانات:

تتعدد أساليب جمع البيانات بصفة خاصة وقد اعتمدنا في دراستنا على:

- **المصادر الأولية:** وهي المصادر التي تم إنشاؤها أثناء الفترة الزمنية للدراسة، وقد اعتمدنا في درستنا على:

  - **الاستبيان:** أو كما يطلق عليه اسم الاستبانة وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة المدونة ورقيا أو رقميا بهدف الحصول على معلومات لظاهرة معنية، ويتم إرسالها إما عن طريق البريد أو تسلم مباشرة للفرد المعني بالدراسة، ومن أهم مميزاتها أنها تترك حرية أكبر للمستجوب في الإجابة دون أي تأثيرات من قبل الباحث.[1]

[1] إبراهيم بختي، **"الدليل المنهجي لإعداد البحوث العلمية"**، المذكرة، الاطروحة، التقرير، المقال، وفق طريقة IMRAD، الطبعة الرابعة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، 1998-2015، ص 86.

وقد اعتمدنا عليه كأداة أساسية في دراستنا لمعرفة مدى تحسن التكفل بعمليات الولادة للفئة المؤمنة اجتماعيا انطلاقا من الاتفاقية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسة الاستشفائية الخاصة.

- **المصـــادر الثانوية:** وهي كل ما يتم الاعتماد عليه في الإطار المنهجي من كتب علمية، رسـائل الدكتوراه والماجستير، والمقالات، والوثائق الداخلية لمؤسسات الدراسة الميدانية....

3. بناء وتصميم أداة الدراسة:

- **الاستبيان:**

بعد الاطلاع على الأدبيات التي تطرقت لموضوع البحث، واستشارة بعض الأساتذة من أجل تحديد مجالات الاستبيان وفقراته، تم الإعتماد في صياغة الأسئلة على عنصر الوضوح وتبسيط الأسئلة قدر المستطاع لسهولة الإجابة عليها من قبل العينة، حيث تم تصميم استبانة مكونة من أربع محاور:

- يحتوي المحور الأول على البيانات الشـخصـية للمبحوث من النوع، العمر، المسـتوى التعليمي، والتخصص العلمي.
- يتناول المحور الثاني التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسة الاستشفائية الخاصة ويحتوي على 10 فقرات.
- يتناول المحور الثالث التكفل بظروف عمليات الولادة حيث تم تقسـيمه بناء على معيار الجودة يتضمن 11 فقرة، معيار التكلفة فقرتين،
- يتناول المحور الرابع دور التعاقد في تحسـين ظروف التكفل بعمليات الولادة للفئة المؤمنة اجتماعيا ويحتوي على 05 فقرات.

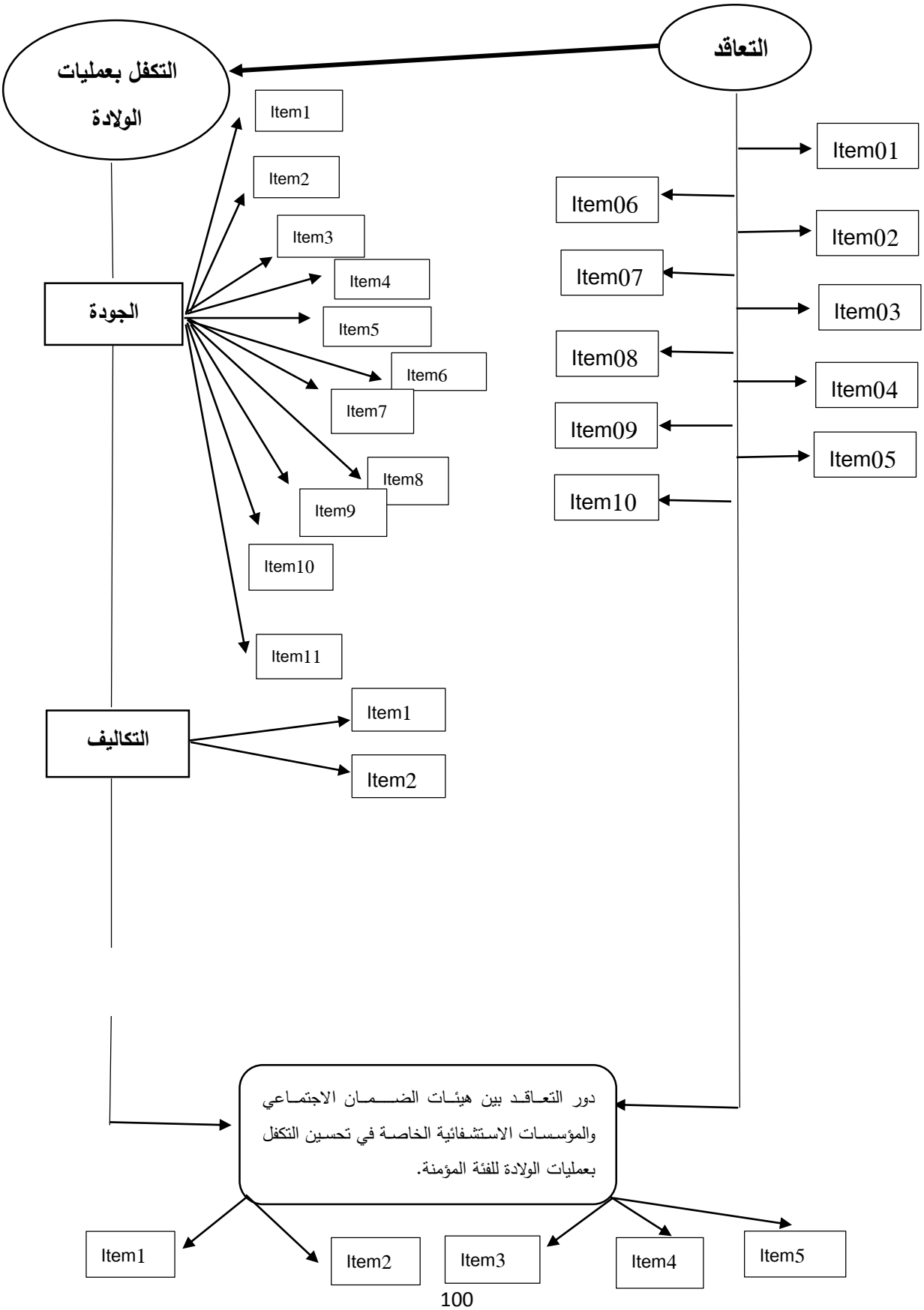
والجدول التالي يمثل مصدر كل فقرة من فقرات الاستبيان المعد:

الجدول رقم(06): مصدر كل فقرة.

رقم الفقرة	المصدر
01	بلحنافي فاطمة،" النظام التعاقدي كآلية لتحقيق النوعية في قانون التأمينات الاجتماعية".
02، 03، 04	سعودي إكرام، النظام التعاقدي بين المؤسسات الاستشفائية وهيئات الضمان الاجتماعي'.
05، 06، 07، 08، 09، 10، 14، 22، 23	الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.
11، 12، 18، 21	وفاء سلطاني،" تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها".
13، 15، 17	شاذلي إبراهيم، " تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الزبون".
16، 19	عائشة عتيق، "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية".
20	بوحالفية بشرى،" أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المريض في المؤسسات الاستشفائية العمومية".
24,25,26,27,28	Ahcène ZEHNATI. Le conventionnement de l'accouchement entre la Sécurité sociale et les cliniques privées : Enjeux et impacts sur les acteurs du système de santé.

المصدر: من إعداد الطالبتين.

الشكل رقم (05): تقديم متغيرات الدراسة.



المصدر: من اعداد الطالبتين.

4. الأدوات الإحصائية المستعملة:

– لقياس درجة استجابة كل محور تم استخدام مقياس ليكرت المتدرج ذو الأبعاد الخمسة والجدول التالي يوضح توزيع درجات ليكرت الخماسي:

الجدول رقم(07): درجات سلم ليكرت المستخدم في الدراسة.

الاستجابة	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
الدرجة	1	2	3	4	5

المصدر: من اعداد الطالبتين

وتم اختيار مقياس ليكرت الخماسي لأنه من أكثر المقاييس استخداما لقياس الآراء وذلك لسهولة فهمه وتوازن درجاته.

– لتحليل بيانات الاستبيان تحليلا علمياً وتفسير نتائجها والاستفادة منها في تحقيق أهدافها واختبار فرضياتها تم استخدام برنامج الحزم الإحصائيةspss ، وذلك باستخدام عدد من الأساليب الإحصائية المتمثلة في:

- معامل ألفا كرونباخ: من أجل إجراء اختبار ثبات أسئلة الاستبيان.
- التكرارات والنسب المئوية: استخدمت لوصف خصائص مجتمع الدراسة، ولتحديد استجابة أفراده نحو محاور أداة الدراسة.
- المتوسط الحسابي: من أجل ترتيب إجابات أفراد الدراسة لعبارات الاستبانة حسب درجة الموافقة.

- الانحراف المعياري: الذي يعتبر أحد أشهر مقاييس التشتت التي يتم استخدامها في التحليل الإحصـــائي للإســـتبيانات فيتم اســـتخدامها لقبول أو رفض الفرضـــيات البحثية التي تم صياغتها.

5. طرق عرض البيانات:

لعرض المعلومات والبيانات المتحصل عليها تم استخدام ثلاث طرق رئيسية وهي:

- طريقة عرض المعلومات في جداول: تصـنف البيانات في جداول ليسـهل اسـتيعابها ومن تم تحليلها للاستخلاص النتائج منها.
- طريقة عرض المعلومات في رسـوم بيانية: تم اسـتخدام الدوائر النسـبية والأعمدة البيانية لأنها تسـهل للباحث اكتشاف العلاقة بمجرد النظر اليها، فالعرض البياني يوضح العلاقة بين البيانات.
- طريقة عرض المعلومات بشكل انشـائي: بحيث يتم عرض ووصـف البيانات بعبارات انشـائية توضـح النتائج التي يمكن ان نستخلصها.

المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشتها

1. الخصائص البسيكوميترية لأداة الدراسة:

بعدما تم صياغة الاستبيان في شكله الأولي وجب اخضاعه لاختباري الصدق والثبات:

أولا: اختبار ثبات أداة الدراسة

معامل الفا (α) لاختبار الثبات الداخلي والموثوقية: المعروف أيضًا باسم اختبار كرونباخ ألفا (Cronbach's Alpha) وهو مقياس لقياس درجة التجانس الداخلي لمجموعة من العناصر في أداة الدراسة، يتم استخدامه لتقدير مدى ترابط العناصر في الأداة وقياس مدى تماثلها في قياس نفس السمة المراد قياسها.

يأخذ هذا المعامل قيمة بين 0 و1، حيث تعتبر القيمة الأعلى أفضل، إذا كانت قيمة معامل الفا أكبر من 0.7، فهذا يشير إلى وجود ترابط جيد بين العناصر وتجانس في الأداة، ومع ذلك يمكن أن تكون هناك معايير مختلفة للتفسير بناء على سياق الدراسة ونوع الأداة المستخدمة، ولجدول التالي يمثل القيم المختلفة لهذا المعامل وكيفية تفسيرها.

الجدول رقم(08): قيم معامل ألفا كرونباخ وتفسير دلالاتها:

قيمة معامل ألفا كرونباخ	التفسير
$\alpha \geq 0.90$	ثبات ممتاز
$0.80 \leq \alpha \leq 0.90$	ثبات جيد
$0.70 \leq \alpha \leq 0.80$	ثبات مقبول
$0.60 \leq \alpha \leq 0.70$	هناك تساؤل
$0.50 \leq \alpha \leq 0.60$	ثبات ضعيف
$\alpha \leq 0.50$	غير مقبول

المصدر: من إعداد الطالبتين.

أما الجدول التالي فيمثل نتائج إختبار ألفا كرونباخ للاستبيان الخاص بدراستنا:

جدول رقم (09): اختبار الفا كرونباخ.

المتغيرات محل الاختبار	عدد العبارات	معامل الفا كرونباخ
الاستبيان	28	0.979

المصدر: مخرجات برنامج spss نسخة 23.

نلاحظ أن قيمة معامل الثبات العام للاستبيان تساوي 0.979 وهي قيمة عالية جدا وهذا ما يدل على ان أسئلة الاستبيان ثابتة بدرجة ممتازة.

الجدول رقم (10): معامل الثبات الجزئي.

المحاور	عدد الفقرات	معامل الثبات الفا كرونباخ	معامل الصدق
التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة	**10**	0.957	**0.978**
ظروف التكفل بعمليات الولادة	**13**	0.970	**0.985**
دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة	**5**	0.941	**0.970**

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل Alpha de Cronbach أكبر من 0.60 بالنسبة للمحاور الثلاث وأبعاد/ عبارات كل محور ومنه تتمتع الاستبانة بدرجة ثبات عالية.

ثانيا: اختبار صدق الاتساق البنائي للاستبيان.

يعتبر صدق الاتساق البنائي أحد مقاييس صدق أداة الدراسة، حيث يقيس مدى تحقق الأهداف التي تسعى الأداة للوصول اليها، ويبين صدق الاتساق البنائي مدى ارتباط كل محور من محاور أداة الدراسة بالدرجة الكلية لفقرات الاستبيان، وبما أن الهدف هو معرفة قوة علاقة متغيرات الدراسة وما إذا كانت بيانات المجتمع تتبع التوزيع الطبيعي قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجة كل محور من محاور الاستبيان وهذا ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (11): صدق الاتساق البنائي لمحاور الاستبيان

		المحور الأول	المحور الثاني	المحور الثالث
المحور الأول	**معامل الارتباط بيرسون**	1	**0.822	**0.746
	مستوى المعنوية	–	0.000	0.000
المحور الثاني	**معامل الارتباط بيرسون**	**0.822	1	**0.792
	مستوى المعنوية	0.000	–	0.000
المحور الثالث	**معامل الارتباط بيرسون**	**0.746	**0.792	1
	مستوى المعنوية	0.000	0.000	–

المصدر : من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات**v**23.Spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات الارتباط "بيرسون" لكل محور من محاور الاستبانة والمعدل الكلي لعباراته موجبة وذات دلالة احصائية حيث قيمة المعامل الاحصائية أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى 0.05 ومنه تعتبر محاور الاستبانة صادقة ومنسقة لما وضعت لقياسه.

2. نتائج الاستبيان:

بعد تفريغ البيانات في الحاسب الآلي ومعالجتها احصائيا تمكنت الدراسة من الوصول إلى مجموعة من الحقائق التي ساهمت في الإجابة عن تساؤلات البحث.

1.2وصف مجتمع الدراسة (الخصائص السوسيوديموغرافية):

للتعرف على الخصائص الديمغرافية لموظفي المؤسسة الاستشفائية الخاصة _مصحة الشفاء_ بالطاهير ولاية جيجل والكفاءات التابعة لها في مجتمع الدراسة، والتي تركزت في قسم البيانات الشخصية، تم تحليل هذه البيانات باستخدام أساليب التحليل الوصفي من تكرارات ونسب مئوية، وقد تم عرض النتائج على النحو التالي:

أولا: توزيع أفراد المجتمع حسب متغير النوع:

أظهرت النتائج الإحصائية توزيع المبحوثين حسب متغير النوع على النحو التالي:

الجدول رقم (12): توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير الجنس

الشكل رقم (06): تمثيل مجتمع الدراسة وفق متغير الجنس

النوع	التكرار	%
ذكر	46	57.5
أنثى	34	42.5
المجموع	80	100

من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات Spss.v.23

يتضح من خلال الجدول السابق والشكل المجاور له أن نسبة الذكور بلغت 57.5 %

ونسبة الاناث 42.5 %من اجمالي مجتمع الدراسة وهي نسب متفاوتة حيث يفوق الذكور الاناث عددا بنسبة طفيفة، كما تبين أن كلا الجنسين يعملان بالمؤسسة باعتباره عملا يعتمد على الكفاءة الفكرية والمستوى العلمي.

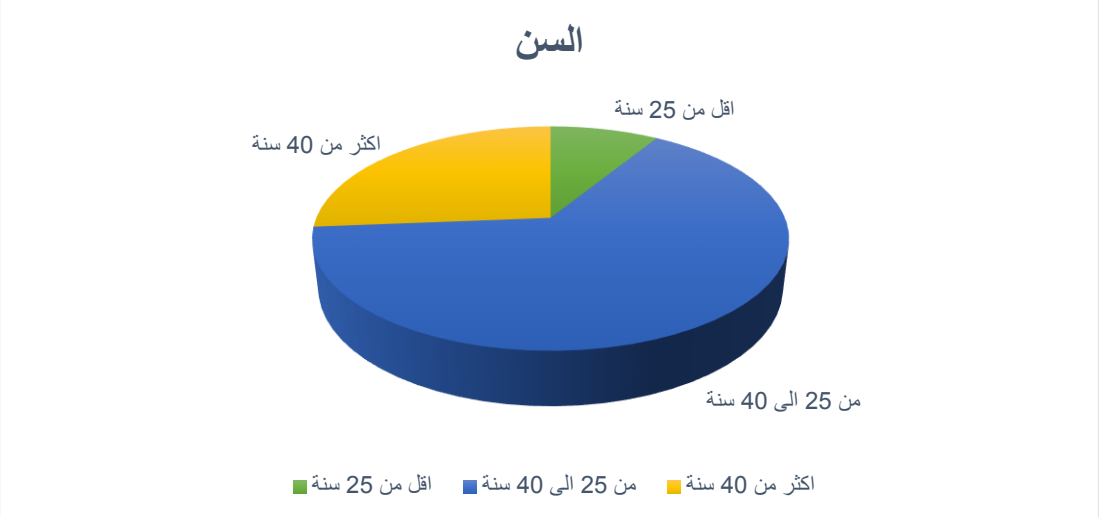
ثانيا: توزيع أفراد المجتمع حسب متغير السن

كان توزيع مجتمع الدراسة حسب السن كما يلي:

الجدول رقم (13): توزيع افراد مجتمع الدراسة حسب السن.

الشكل رقم (07): تمثيل مجتمع الدراسة حسب السن.

السن	التكرار	%
أقل من 25 سنة	7	8.8
من25 إلى 40 سنة	52	65.0
أكبر من 40 سنة	21	26.3
المجموع	80	100



المصدر : من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات Spss.v.23

يتضح لنا من خلال الجدول السابق والشكل المجاور له أن أعلى نسبة لمعدلات السن تتمركز في المجال (من 25 الى 40سنة) بنسبة 65%، ثم تليه الفئة العمرية (أكبر من 40 سنة) بنسبة 26.3%، ثم الفئة العمرية (أقل من 25 سنة) بنسبة 8.8%

ومنه نلاحظ أن أغلب الموظفين يفوق سنهم 25 سنة وذلك باعتبار اغلبهم ينتمون للسلك الطبي ; أين تستدعي مهنتهم سنوات دراسة وخبرة طويلة.

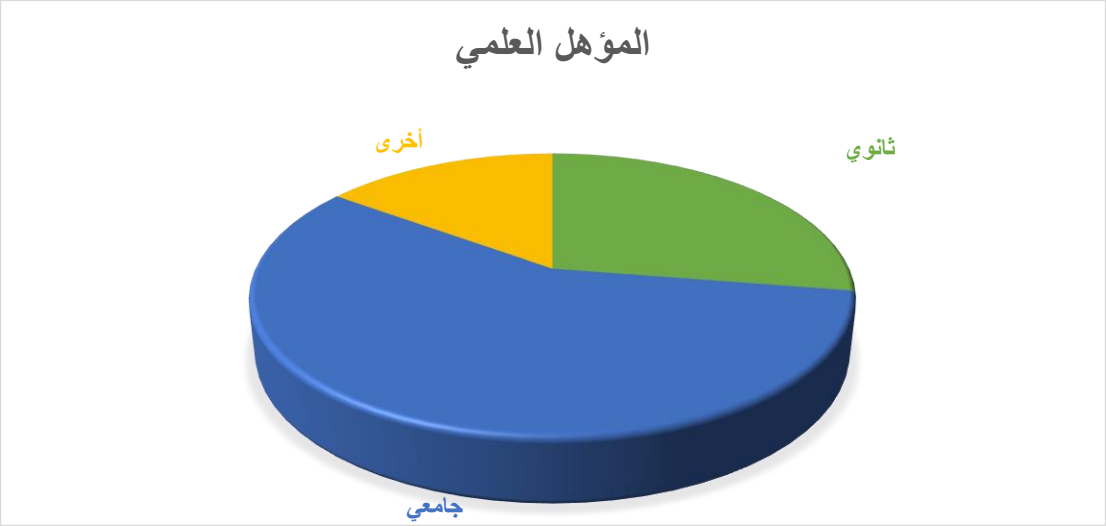
ثالثا: توزيع أفراد المجتمع حسب متغير المستوى التعليمي:

يتوزع مجتمع الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي كما يلي:

الجدول رقم (14): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

الشكل رقم (08): تمثيل أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	%
ثانوي	22	27.5
جامعي	46	57.5
أخرى	12	15.0
المجموع	80	100



من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات3 Spss.v.2

يتضح لنا من خلال الجدول أن أكثر من نصف افراد المجتمع ذوي مستوى جامعي بنسبة 57.5% تليها ذوي مستوى ثانوي بنسبة 27.5 % وأخيرا ذوي مستوى آخر بنسبة 15 %، وهذا يدل على أن أغلب المستجيبين من موظفي المستشفى ذوي مستوى تعليمي متقدم بما يتوافق مع متطلبات المهنة.

رابعا: توزيع أفراد المجتمع حسب متغير التخصص العلمي:

يتوزع مجتمع الدراسة حسب متغير التخصص العلمي كما يلي:

الجدول رقم (15): يمثل توزيع أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير التخصص العلمي.

الشكل رقم (09): تمثيل أفراد مجتمع الدراسة حسب متغير التخصص العلمي.

التخصص العلمي	التكرار	%
علوم التسيير	26	32.5
طبي	12	15.0
شبه طبي	25	31.3
أخرى	17	21.3
المجموع	80	100

من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات Spss.v.23

نلاحظ ان اغلب المستجيبين مؤهلهم العلمي علوم التسيير بنسبة 32.5% تليها شبه الطبيون بنسبة 31.3% ثم الأطباء بنسبة 15% إضافة لأصحاب مؤهلات علمية أخرى بنسبة 21.3% وذلك لحرصنا على توزيع الاستبيانات في اقسام مختلفة من المؤسسة الصحية بهدف الحصول على إجابات متنوعة تخدم الدراسة.

2.2. تحليل محاور الاستبانة

سنقوم في هذا المطلب بتحليل محاور الاستبانة وذلك من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة، حيث تم استخدام الإحصاء الوصفي باستخراج المتوسط الحسابي والإنحراف المعياري (على مقياس ليكرت 1– 5) لإجابات أفراد مجتمع الدراسة عن فقرات الاستبانة المتعلقة بمحاور الدراسة الثلاث.

- **الإحصاء الوصفي ومعامل الاختلاف للأسئلة الفرعية:**

الجدول رقم(16): إجابات فقرات الاستبيان ودلالاتها.

المتوسط الحسابي المرجح للإجابات	الاتجاه	مستوى القبول
من 1 إلى 1.79	غير موافق تماما	غير مقبول تماما
من 1.8 إلى 2.59	غير موافق	غير مقبول
من 2.6 إلى 3.39	محايد	متوسط
من 3.4 إلى 4.19	موافق	مقبول
من 4.2 إلى 5	موافق تماما	مقبول تماما

المصدر: من إعداد الطالبتين.

بما أنه تم استخدام مقياس ليكارت الخماسي، فقد تم حساب المدى بين المتوسطات في الجدول أعلاه من خلال حساب الفرق بين أكبر وزن لمقياس ليكارت وأصغر وزن (5–1=4) ثم تقسيم النتيجة على أكبر وزن (0.8=5/4).

من خلال تحليل إجابات محاور الاستبيان تحصلنا على النتائج أدناه، إذ أنه ومن خلال المتوسط الحسابي المرجح لكل فقرة وذلك من خلال جمع جميع الإجابات على هذه الفقرة وتقسيمها على العدد الإجمالي نجد أنه يظهر لنا لكل سؤال إجابة تمثل الإتجاه العام للإجابة على هذه الفقرة، أما بخصوص الإنحراف المعياري فهو من أدوات "التشتت"، يستخدم لقياس وبيان تشتت اجابات أفراد مجتمع الدراسة حول وسطها الحسابي، ويكون هناك اتفاق بين أفراد المجتمع على فقرة معينة إذا كان انحرافها المعياري قليلا.

أولا: عرض وتحليل اجابات أفراد المجتمع على فقرات المحور الأول: التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.

سنحاول في هذا العنصر مناقشة نتائج المتغير المستقل بمناقشة نتائج تحليل عباراته بحيث تم ترتيب هذه العبارات حسب أهميتها بالنسبة لمبحوثي الدراسة.

الجدول رقم (17): نتائج تحليل اجابات أفراد المجتمع على فقرات التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة:

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الترتيب حسب أهمية العبارة
1	النمط التعاقدي وسيلة لإضفاء الطابع القانوني للعلاقة التي تربط هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة	4.66	0.615	موافق بشدة	1
2	يسعى هذا الاتفاق إلى تحقيق رضا المستهلك، الطبيب، المرفق الصحي	4.56	0.726	موافق بشدة	2

3	يحقق التعاقد الشفافية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة	4.45	0.761	موافق بشدة	3
4	يسمح التعاقد لتحقيق الأهداف المسطرة والمصالح المشتركة لكل الأطراف	4.34	0.856	موافق بشدة	7
5	يتم التعاقد عن طريق أبرام اتفاقيات بين هيئات الضمان الاجتماعي والهياكل الصحية	4.33	0.854	موافق بشدة	8
6	تنشئ اتفاقية التعاقد التزامات مالية تربط هيئات الضمان الاجتماعي بمقدم الخدمة الصحية والتزام بتقديم الخدمة لفائدة المؤمنين اجتماعيا	4.34	0.899	موافق بشدة	6
7	تسوية الاتفاقية بين هيئات الضمان الاجتماعي ومصحة الشفاء دون عراقيل وصعوبات إدارية	4.15	0.797	موافق	10
8	توفر الشروط الاتفاقية اللازمة في مصحة الشفاء. (الأجهزة الضرورية، أطباء التوليد وأمراض النساء...)	4.36	0.860	موافق بشدة	4

9	ضرورة تقديم المستفيدات لطلب التكفل للمصحة المستقبلة خلال الشهر الذي يسبق التاريخ المفروض للولادة	4.34	0.655	موافق	5
10	يلتزم التعاقد على استعمال نظام الشفاء	4.19	0.713	موافق	9
أولا: **التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة**		4.371	0.662	موافق بشدة	–

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات spss.v .23

من خلال الجدول أعلاه نجد:

احتلت الفقرة رقم 1 المرتبة 1 بمتوسط حسابي بلغ 4.66 وبانحراف معياري قدره 0.615، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع ايجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على عبارة " النمط التعاقدي وسيلة لإضفاء الطابع القانوني للعلاقة التي تربط هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة "

احتلت الفقرة رقم 2 المرتبة 2 بمتوسط حسابي بلغ 4.56 وبانحراف معياري قدره 0.726، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " يسعى هذا الاتفاق إلى تحقيق رضا المستهلك، الطبيب، المرفق الصحي "

احتلت الفقرة رقم 3 المرتبة 3 بمتوسط حسابي بلغ 4.45 وبانحراف معياري قدره 0.761، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " يحقق التعاقد الشفافية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة "

احتلت الفقرة رقم 8 المرتبة 4 بمتوسط حسابي بلغ 4.36 وانحراف معياري قدره 0.860، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " توفر الشروط الاتفاقية اللازمة في مصحة الشفاء. (الأجهزة الضرورية، أطباء التوليد وأمراض النساء.....)"

احتلت الفقرة رقم 9 المرتبة 5 بمتوسط حسابي بلغ 4.34 وانحراف معياري قدره 0.655، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق على عبارة " ضرورة تقديم المستفيدات لطلب التكفل للمصحة المستقبلة خلال الشهر الذي يسبق التاريخ المفروض للولادة "

احتلت الفقرة رقم 6 المرتبة 6 بمتوسط حسابي بلغ 4.34 وانحراف معياري بلغ 0.899، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على العبارة " تنشئ اتفاقية التعاقد التزامات مالية تربط هيئات الضمان الاجتماعي بمقدم الخدمة الصحية والتزام بتقديم الخدمة لفائدة المؤمنين اجتماعيا "

احتلت الفقرة رقم 4 المرتبة 7 بمتوسط حسابي بلغ 4.34 وانحراف معياري بلغ 0.856، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع ايجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على العبارة " يسمح التعاقد لتحقيق الأهداف المسطرة والمصالح المشتركة لكل الأطراف "

احتلت الفقرة رقم 5 المرتبة 8 بمتوسط حسابي بلغ 4.33 وانحراف معياري بلغ 0.854، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على العبارة " يتم التعاقد عن طريق أبرام اتفاقيات بين هيئات الضمان الاجتماعي والهياكل الصحية "

احتلت الفقرة رقم 10 المرتبة 9 بمتوسط حسابي بلغ 4.19 وانحراف معياري بلغ 0.713، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق على العبارة " يلتزم التعاقد على استعمال نظام الشفاء "

احتلت الفقرة رقم 7 المرتبة 10 بمتوسط حسابي بلغ 4.15 وانحراف معياري بلغ 0.797، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " تسوية الاتفاقية بين هيئات الضمان الاجتماعي ومصحة الشفاء دون عراقيل وصعوبات إدارية "

<u>وبصفة عامة نجد أن</u>: المتوسط الحسابي لإجمالي العبارات المتعلقة **بالتعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة** بلغ 4.371 وبما أن المتوسط الحسابي يختلف جوهريا عن المتوسط الفرضي =3 ويزيد عنه بفارق بلغ 1.371 أي أن اتجاهات مفردات العينة إيجابية، وهذا يدل على أن مفردات المجتمع يوافقون وبمستوى مرتفع على **التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة.**

ثانيا: عرض وتحليل اجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني: ظروف التكفل بعمليات الولادة

سنحاول في هذا العنصر مناقشة نتائج تحليل المتغير التابع (ظروف التكفل بعمليات الولادة)، بمناقشة نتائج تحليل عبارات متغيراته، حيث تم ترتيبها حسب أهميتها بالنسبة لمبحوثي الدراسة.

جدول رقم (18): نتائج تحليل اجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثاني: ظروف التكفل بعمليات الولادة.

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحدار المعياري	مستوى الموافقة	الترتيب حسب أهمية العبارات
11	تتمتع المؤسسة بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه	4.31	1.039	موافق بشدة	2
12	تتوفر مصحة الشفاء على أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة وضرورية	4.35	1.291	موافق بشدة	1
13	تمتع المصحة بنظافة عالية تجنبا للعدوى الاستشفائية	4.26	1.188	موافق	3

من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجاتSpss.v.23

14	تحرص المصحة على تقديم خدمات التوليد حسب معايير الصحة المعمول بها	3.95	1.447	موافق	11
15	تبسط العيادة الإجراءات الإدارية للتكفل بالنساء الحوامل المؤمنات لهن اجتماعيا	4.19	1.415	موافق	7
16	الاستجابة السريعة للحالات الطارئة للولادة	4.24	1.209	موافق	6
17	تحظى المصحة بسمعة ومكانة لدة أفراد المجتمع	4.19	1.184	موافق	8
18	تحافظ المصحة على سرية المعلومات الخاصة بالمستفيدات	4.24	1.047	موافق بشدة	5
19	تحتوي المصحة على عاملين ذوي الكفاءات والمهارات المطلوبة في التوليد	4.19	1.267	موافق بشدة	9
20	يستخدم الأطباء عبارات بسيطة يسهل فهمها لشرح الحالة الصحية للمستفيدات	4.25	1.329	موافق	4
21	يحرص الطاقم الطبي والمصحة على مراعاة ظروف ومشاعر المرضى وحالتهم النفسية	4.13	1.420	موافق	10

معيار الجودة		4.208	0.679	موافق بشدة	
22	إعفاء المستفيدات من الدفع مقابل عمليات التوليد في إطار نظام الدفع من قبل الغير	3.91	1.158	موافق	1
23	عدم مطالبة المستفيدات بدفع أي اتعاب أخرى غير تلك المحددة في الاتفاقية	3.88	1.008	موافق	2
معيار التكاليف		3.893	0.963	موافق	
المحور الثاني: ظروف التكفل بعمليات الولادة		4.170	0.697	موافق بشدة	–

من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات SPSS.V23

أولا: معيار الجودة

احتلت الفقرة رقم 12 المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ 4.35 وانحراف معياري بلغ 0.765، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على العبارة " تتوفر مصحة الشفاء على أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة وضرورية ".

احتلت الفقرة رقم 11 المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ 4.31 وانحراف معياري بلغ 0.789، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على العبارة " تتمتع المؤسسة بموقع ملائم ويسهل الوصول إليه "

احتلت الفقرة رقم 13 المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي بلغ 4.26 وانحراف معياري بلغ 0.689, أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على " تمتع المصحة بنظافة عالية تجنبا للعدوى الاستشفائية "

احتلت الفقرة رقم 20 المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي بلغ 4.25 وانحراف معياري بلغ 0.788, أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " يستخدم الأطباء عبارات بسيطة يسهل فهمها لشرح الحالة الصحية للمستفيدات "

احتلت الفقرة رقم 18 المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي بلغ 4.24 وانحراف معياري بلغ 1.009، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على " تحافظ المصحة على سرية المعلومات الخاصة بالمستفيدات "

احتلت الفقرة رقم 16 المرتبة السادسة بمتوسط حسابي بلغ 4.24 وانحراف معياري بلغ 0.767، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " الاستجابة السريعة للحالات الطارئة للولادة "

احتلت الفقرة رقم 15 المرتبة السابعة بمتوسط حسابي بلغ 4.19 وانحراف معياري بلغ 0.748، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " تبسط العيادة الإجراءات الإدارية للتكفل بالنساء الحوامل المؤمنات لهن اجتماعيا "

احتلت الفقرة رقم19 المرتبة الثامنة بمتوسط حسابي بلغ 4.19 وانحراف معياري بلغ 0.797، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة في إجابتهم على العبارة " تحتوي المصحة على عاملين ذوي الكفاءات والمهارات المطلوبة في التوليد "

احتلت الفقرة رقم 21 المرتبة التاسعة بمتوسط حسابي بلغ 4.13 وانحراف معياري بلغ 0.862، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على " يحرص الطاقم الطبي والمصحة على مراعاة ظروف ومشاعر المرضى وحالتهم النفسية ".

احتلت الفقرة رقم 14 المرتبة العاشرة بمتوسط حسابي بلغ 3.95 وانحراف معياري بلغ 1.078، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " تحرص المصحة على تقديم خدمات التوليد حسب معايير الصحة المعمول بها."

وبصفة عامة نجد أن: المتوسط الحسابي لإجمالي العبارات المتعلقة **ب معيار الجودة** بلغ 4.208 وبما أن المتوسط الحسابي يختلف جوهريا عن المتوسط الفرضي =3 ويزيد عنه بفارق بلغ 1.208، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية، وهذا يدل على أن أفراد المجتمع يوافقون وبمستوى مرتفع على جودة التكفل بعمليات الولادة على مستوى المؤسسة الصحية محل الدراسة.

ثانيا: معيار التكاليف:

احتلت الفقرة رقم 22 المرتبة الأولى بمتوسط حسابي بلغ 3.91 وانحراف معياري بلغ 0.983، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " إعفاء المستفيدات من الدفع مقابل عمليات التوليد في إطار نظام الدفع من قبل الغير "

احتلت الفقرة رقم 23 المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ 3.88 وانحراف معياري بلغ 0.986، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق في إجابتهم على العبارة " عدم مطالبة المستفيدات بدفع أي اتعاب أخرى غير تلك المحددة في الاتفاقية "

وبصفة عامة نجد أن: المتوسط الحسابي لإجمالي العبارات المتعلقة **ب معيار التكاليف** بلغ 3.893 وبما أن المتوسط الحسابي يختلف جوهريا عن المتوسط الفرضي =3 ويزيد عنه بفارق بلغ 0.893 أي أن اتجاهات

مفردات المجتمع إيجابية، وهذا يدل على أن أفراد المجتمع يوافقون وبمستوى مرتفع على ملاءمة التكاليف بالمؤسسة.

خلاصة: نجد ان: المتوسط الحسابي لإجمالي العبارات المتعلقة ب **ظروف التكفل بعمليات الولادة** بلغ 4.170 وبما أن المتوسط الحسابي يختلف جوهريا عن المتوسط الفرضي =3 ويزيد عنه بفارق بلغ 1.170 أي ان اتجاهات مفردات العينة إيجابية، وهذا يدل على أن أفراد العينة يوافقون وبمستوى مرتفع على **ظروف التكفل بعمليات الولادة.**

ثالثا: عرض وتحليل اجابات أفراد العينة على عبارات المحور الثالث: دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة.

سنحاول في هذا العنصر مناقشة نتائج هذا المتغير بمناقشة نتائج تحليل عباراته بحيث تم ترتيب هذه العبارات حسب أهميتها بالنسبة لمبحوثي الدراسة.

جدول رقم (19): نتائج تحليل اجابات أفراد العينة على عبارات دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة:

الرقم	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى الموافقة	الترتيب حسب أهمية العبارة
1	زيادة الطلب على التكفل بالولادة لدى المؤسسة الاستشفائية الخاصة	4.35	0.858	موافق بشدة	2
2	يساهم في تخفيف المصاريف العلاجية للمؤمنات لهن اجتماعيا أو ذوي الحقوق أو إعفاءهم منها في غالب الأحيان	4.29	0.845	موافق بشدة	4

3	تساهم اتفاقية التعاقد في تحقيق التعاون بين القطاع الخاص والعام وتخفيف الضغط على القطاع العمومي	4.55	0.654	موافق بشدة	1
4	تعزيز جودة الرعاية الصحية لفائدة المرأة المؤمن لها اجتماعيا.	4.28	0.871	موافق بشدة	5
5	دعم الجهود المبذولة من قبل المنظومة الصحة في مجال التكفل بالولادات	4.30	0.770	موافق بشدة	3
ثالثا: **دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة**		4.352	0.723	موافق بشدة	–

من اعداد الطالبتين اعتمادا على مخرجات Spss.v.23

من خلال الجدول أعلاه نجد:

احتلت الفقرة رقم 3 المرتبة 1 بمتوسط حسابي بلغ 4.55 وبانحراف معياري قدره 0.654، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " تساهم اتفاقية التعاقد في تحقيق التعاون بين القطاع الخاص والعام وتخفيف الضغط على القطاع العمومي "

احتلت الفقرة رقم 1 المرتبة 2 بمتوسط حسابي بلغ 4.35 وبانحراف معياري قدره 0.858، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " زيادة الطلب على التكفل بالولادة لدى المؤسسة الاستشفائية الخاصة "

احتلت الفقرة رقم 5 المرتبة 3 بمتوسط حسابي بلغ 4.30 وبانحراف معياري قدره 0.770، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " دعم الجهود المبذولة من قبل المنظومة الصحة في مجال التكفل بالولادات "

احتلت الفقرة رقم 2 المرتبة 4 بمتوسط حسابي بلغ 4.29 وانحراف معياري قدره 0.845، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " يساهم في تخفيف المصاريف العلاجية للمؤمنات لهن اجتماعيا أو ذوي الحقوق أو إعفاءهم منها في غالب الأحيان "

احتلت الفقرة رقم 4 المرتبة 5 بمتوسط حسابي بلغ 4.28 وانحراف معياري قدره 0.871، أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية ويوافقون بدرجة موافق بشدة على العبارة " تعزيز جودة الرعاية الصحية لفائدة المرأة المؤمن لها اجتماعيا "

وبصفة عامة نجد أن: المتوسط الحسابي لإجمالي العبارات المتعلقة **بدور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة** بلغ 4.352 وبما أن المتوسط الحسابي يختلف جوهريا عن المتوسط الفرضي =3 ويزيد عنه بفارق بلغ 1.352 أي أن اتجاهات مفردات المجتمع إيجابية، وهذا يدل على أن أفراد المجتمع يوافقون وبمستوى مرتفع على دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة بالمؤسسة الصحية محل الدراسة.

3.3. اختبار فرضيات الدراسة

يستخدم هذا الاختبار للتأكد من دقة المعلومات المتوفرة عن المجتمع مثل(الوسط الحسابي) بعد وجود تغيرات جديدة في المجتمع قد تكون أثرت على المتوسط الحسابي المعروف حاليا لأحد الباحثين فيرغب بالتأكد من وقوع التغيير أو عدم وقوعه باختبار قيمة المتوسط الآني ويهدف اختبار الفرضية إحصائيا إلى اتخاذ قرار حول ما إذا كانت هذه الفرضية (الصفرية) مقبولة أم مرفوضة ويتم ذلك باستخدام دالة اختبار إحصائية مناسبة ويتم اتخاذ القرار كما يلي:

– إذا كانت القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية يتم رفض الفرضية الصفرية.

– إذا كانت القيمة المحسوبة أقل من القيمة الجدولية يتم قبول الفرضية الصفرية.

والفروض الإحصائية التي تخضع للاختبار تتمثل في فرضيتين وهي:

H0فرضية العدم (الصفرية) : متضمنة الهدف المطلوب للإختبار وقبولها يعني عدم رفض نتائج المجتمع.

–H1**الفرضية البديلة:** ويتم قبولها في حال رفض الفرضية الصفرية والعكس صحيح.

بعد تحليل اجابات أفراد المجتمع على فقرات كل محور نقوم باختبار صحة الفرضيات بدءا بالفرضيات الفرعية:

الفرضية الفرعية 1: " التعاقد يؤثر على تكاليف التكفل بالنساء الحوامل في المؤسسات الاستشفائية الخاصة"

–**H0**الفرضية الصفرية: **لا يوجد** أثر ايجابي ذو دلالة احصائية للتعاقد على معيار التكاليف عند مستوى معنوية 0.05.

–**H1** الفرضية البديلة: **يوجد** أثر ايجابي ذو دلالة احصائية للتعاقد على معيار التكاليف عند مستوى معنوية 0.05.

جدول رقم (20): تحليل نتائج الانحدار البسيط بين التعاقد ومعيار التكاليف

المعنوية الكلية لنموذج الانحدار		القدرة التفسيرية		المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار			
F	(SIG)	R	R2		B	T	(SIG)
123.366	.000	0.783	0.613	ثابت	−1.085	−2.393	0.019
				التعاقد	1.139	11.107	.000

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد علة مخرجات spss.v.23

من خلال نتائج الجدول أعلاه نجد أن:

معامل ارتباط بيرسون بين **التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة** و**معيار التكاليف** بلغ 0.783 وهو دالة احصائيا كما أن القيمة المحسوبة F أقل من المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 أي أنه توجد علاقة بين المتغيرين.

وأن قيمة معامل التفسير R2 بلغ 0.613 أي أن التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة يؤثر بنسبة 61.3% في التغيرات التي تحدث على التكاليف.

الاستنتاج: ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الصفرية أي **توجد** علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين **التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة** و**معيار التكاليف** كما أن دوره يظهر في مساهمته بنسبة 61.3% في التغيرات التي تطرأ على تكاليف التكفل بالنساء الحوامل في المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

الفرضية الفرعية 2: " يساعد هذا التعاقد في تقديم خدمات ذات جودة عالية للفئة المؤمنة اجتماعيا"

H0–الفرضية الصفرية: **لا يوجد** أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية **للتعاقد على معيار الجودة** عند مستوى

معنوية 0.05.

H1– الفرضية البديلة: **يوجد** أثر إيجابي ذو دلالة إحصائية **للتعاقد على معيار الجودة عند مستوى معنوية** 0.05.

جدول رقم (21): تحليل نتائج الانحدار البسيط بين التعاقد ومعيار الجودة

المعنوية الكلية لنموذج الانحدار		القدرة التفسيرية		المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار			
F	(SIG)	R	R2		B	T	(SIG)
131.123	.000	0.792	0.627	ثابت	0.656	2.091	0.040
				التعاقد	0.813	11.451	.000

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss.v.23

من خلال نتائج الجدول أعلاه نجد:

معامل ارتباط بيرسون بين **التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة** و**معيار الجودة** بلغ 0.792 وهو دالة احصائيا كما أن قيمة المحسوبة F أقل من المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 أي توجد علاقة بين المتغيرين.

وأن قيمة معامل التفسير R2 بلغ 0.627 أي أن التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة يؤثر بنسبة 62.7% في التغيرات التي تحدث على جودة الخدمة المقدمة.

الاستنتاج: ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الصفرية أي **توجد** علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين **التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة** و**معيار الجودة** كما

أن دوره يظهر في مساهمته بنسبة 62.7% في التغيرات التي تطرأ على جودة الخدمات التي تحظى بها الفئة المؤمنة اجتماعيا.

الفرضية الرئيسية: " التعاقد بين المؤسسات الإستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي يحسن من آليات التكفل بالنساء الحوامل وعمليات الولادة"

H0–الفرضية الصفرية: **لا يوجد** أثر ايجابي ذو دلالة احصائية **للتعاقد على ظروف التكفل بعمليات** الولادة عند مستوى معنوية 0.05.

H1– الفرضية البديلة: **يوجد** أثر ايجابي ذو دلالة احصائية **للتعاقد على ظروف التكفل بعمليات الولادة** عند مستوى معنوية 0.05.

جدول رقم (22): قيمة الارتباط بين التعاقد وظروف التكفل بعمليات الولادة

الإحصاءات	التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي
معامل الارتباط	0.822
مستوى الدلالة	.000
حجم العينة	80

المصدر: من إعداد الطالبتين بالاعتماد على مخرجات spss.v.23

يوضح الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط بين المتغير التابع والمستقل تساوي 0.822 كما أن مستوى الدلالة يساوي 000. مما يدل على وجود علاقة طردية ذات دلالة احصائية بين التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي وظروف التكفل بعمليات الولادة عند مستوى معنوية 0.05.

جدول رقم (23): تحليل نتائج الانحدار البسيط بين التعاقد وظروف التكفل بعمليات الولادة

المعنوية الكلية لنموذج الانحدار		القدرة التفسيرية		المعنوية الجزئية لمعاملات الانحدار			
F	(SIG)	R	R2		B	T	(SIG)
161.138	.000	0.822	0.675	ثابت	0.385	1.281	0.204
				التعاقد	0.866	12.733	.000

المصدر: من إعداد الطالبتين بالإعتماد على مخرجات spss.v.23

من خلال نتائج الجدول أعلاه نجد:

معامل ارتباط بيرسون بين **التعاقد وظروف التكفل بعمليات الولادة** بلغ 0.822 وهو دالة احصائيا كما أن قيمة المحسوبة F أقل من المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 أي توجد علاقة بين المتغيرين.

وأن قيمة معامل التفسير R2 بلغ 0.675 أي أن دور التعاقد يساهم بنسبة 67.5% في التغيرات التي تحدث لظروف التكفل بعمليات الولادة.

الاستنتاج: ومنه نقبل الفرضية البديلة ونرفض الصفرية أي **توجد** علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوية 0.05 بين التعاقد وظروف التكفل بعمليات الولادة أي أن التعاقد بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي يحسن بنسبة 67.5% من آليات التكفل بالنساء الحوامل وعمليات الولادة.

خلاصة الفصل:

تضـمن هذا الفصـل دراسـة ميدانية قمنا بها في كل من مصـحة الشـفاء والصـندوق الوطني للضـمان الاجتماعي لولاية جيجل، وكانت بهدف معرفة وفهم دور التعاقد في إطار الاتفاقية المبرمة بين هيئات الضـــمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بعمليات التوليد في تحسين ظروف هذا النوع من التكفل للنساء المؤمنات إجتماعيا وذوات الحقوق، حيث تطرقنا لتقديم المؤســســتين وتحليل ومناقشــة نتائج الاســتبيان الذي وزعناه على مجتمع الدراسة المتمثل في كل عمال المصحة.

وفي آخر الدراسـة توصـلنا إلى وجود تأثير إيجابي للتعاقد على ظروف التكفل بعمليات التوليد التي تتضـمنها هذه الاتفاقية.

الخاتمة العامة

الخاتمة العامة:

في ختام هذه الدراسة يمكن القول أن النمط التعاقدي كآلية جديدة لتحسين كل من تمويل و نوعية خدمات القطاع الصحي لم يطبق حسب المعايير المنصوص عليها والمعتمدة من قبل منظمة الصحية العالمية، في الجزائر تم النص على بداية النمط التعاقدي في قانون المالية لسنة 1992 ومنذ ذلك الوقت لم يحدث أي تغيير ملحوظ في المنظومة الصحية مع استمرار الارتفاع المتزايد للنفقات الصحية ومستوى خدمات سيء مقارنة مع النفقات، مما نتج عن هذا ضرورة قيام علاقة تعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وممولين القطاع الصحي والخدمات الصحية للفئة المؤمنة كحل للحفاظ على حقهم وتحقيق التعادل الاجتماعي كما قد يؤدي إلى تخفيف الضغط على القطاع الخاص فعقد اتفاقيات من بينها اتفاقية التكفل بعمليات الولادة التي ابرمت في السنوات الأخيرة 2020 مما جعله دافعا لعمل هذه الدراسة وتوصلنا إلى ما يلي:

نتائج المتعلقة بالجانب النظري:

- النمط التعاقدي اتفاق يربط كل من وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات وهيئات تحت الوصاية؛
- إنجاح النمط التعاقدي يتطلب إعداد هياكل ومؤسسات تتوفر على الشروط اللازمة؛
- النمط التعاقدي أداة استراتيجية لتحسين وتنمية أداء النظام التعاقدي؛
- تتم العلاقة التعاقدية على أربع مراحل؛
- فهم ودراسة أهم النظريات الأساسية للنمط التعاقدي؛
- يوجد نوعين من التعاقد الداخلي والخارجي؛
- ضرورة توفر مجموعة من الشروط في الهياكل الصحية قبل وضع النمط التعاقدي حيز التنفيذ؛
- يساعد النمط التعاقدي في التحكم في النفقات الصحية وبعض المؤشرات وتحسين نوعية العلاج المقدمة؛
- يكمن الهدف من تبني النظام التعاقدي في القطاع العام هو اصلاح التمويل الصحي واستبدال النظام الجزافي، أما في القطاع الخاص فالهدف منه هو تخفيف المصاريف العلاجية للمؤمنين أو اعفائهم منها

في غالب الأحيان، وهذا ما سيساهم بدور في تخفيف الضغط وتحقيق التكامل والتعاون مع القطاع العمومي وبالتالي تحسين النظام الصحي.

- تطور النظام الصحي الخاص في الجزائر إلا أنه بقي يواجه بعض التحديات والعراقيل في سيرورته وفعاليته؛
- الضمان الاجتماعي من أهم آليات الحماية الاجتماعية؛
- يوفر نظام التامين الاجتماعي كل من التأمين على الوفاة، العجز، المرض، حوادث العمل، الولادة؛
- يتم تعويض بنسبة 100% المرأة العاملة المؤمنة اجتماعيا عند انقطاع عن عملها لفترة 14 أسبوعا بسبب الولادة؛
- ضرورة توفر مجموعة من الشروط لاستحقاق مزايا التأمين على الولادة.

النتائج المتعلقة بالدراسة التطبيقية:

توجت الدراسة الميدانية التي قمنا بها في المؤسسة الاستشفائية الخاصة –مصحة الشفاء–بالطاهير ولاية جيجل وصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء وكالة جيجل بالنتائج التالية:

- أغلب موظفي مصحة الشفاء على دراية بماهية النمط التعاقدي؛
- معرفة المستندات الضرورية التي يجب توفيرها لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء من قبل مصحة الشفاء لتكفل بعمليات الولادة؛
- معرفة التزامات كل أطراف التعاقد؛
- زيادة عدد عمليات الولادة تحت وصاية الضمان الاجتماعي في إطار تعاقد التوليد بالمصحة من فترة 2020–2022؛
- اتفاق أفراد المجتمع وبمستوى مرتفع على التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة؛

- اتفاق أفراد المجتمع وبمستوى مرتفع على جودة التكفل بعمليات الولادة في مصحة الشفاء مع ملائمة التكاليف واستمرارية التكفل؛
- التعاقد ساهم في تحسين ظروف التكفل بعمليات الولادة للنساء المؤمنات إجتماعيا.

التوصيات والاقتراحات:

من خلال الدراسة التي قمنا بها في مصحة الشفاء وصندوق الضمان الاجتماعي للعمال الاجراء ولاية جيجل لاحظنا بعض النقائص مما توجب توجيه بعض الاقتراحات أبرزها ما يلي:

- ضرورية توسيع مصلحة الولادة وزيادة عدد الاسرة بالمصحة؛
- توفير أكبر عدد من أطباء النساء والتوليد ذو كفاءة المطلوبة؛
- ضرورة وجود صرامة في تطبيق الشروط المنصوص عليها في الاتفاقية من قبل كل أطراف العقد؛
- تسهيل عملية مراقبة تطبيق هذه الاتفاقية من قبل ممثلي الضمان الاجتماعي؛

تعزيز حملات إعلانية وتثقيفية داخل المؤسسة لعلم كافة الأفراد بهذه الاتفاقية التي تخصهم خصوصا

صعوبات الدراسة:

- صعوبة فهم موضوع النمط التعاقدي؛
- حداثة موضوع البحث وعدم تطرق أي دراسة للتعاقد في القطاع الخاص.
- نقص المراجع التي تتناول هذه الدراسة؛
- صعوبة الحصول على الوثائق والاحصائيات المتعلقة بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة–مصحة الشفاء–؛
- صعوبة الوصول إلى مجتمع الدراسة للإجابة على استمارة الاستبيان.
- الفئة المؤمنة اجتماعيا.

أفاق الدراسة:

لا يمكننا القول إننا ألممنا بكل جوانب الموضـــوع من خلال دراســـتنا هذه، والتي تناولت موضـــوع بحث بعنوان" **النظام التعاقدي كآلية جديدة لتحسين الخدمات الصحية مثال تعاقد التوليد في المؤسسات الاستشفائية الخاصة –دراسة حالة الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء –جيجل– ومصحة الشفاء للطب والجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد –الطاهير–** " إضافة إلى أن التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة لا يقتصر على عمليات الولادة بل يخصص تخصصات أخرى لذلك يمكن اقتراح مواضيع مكملة لدارسة وهي:

- التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بأمراض الكلى؛
- التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بأمراض القلب والشرايين؛
- دور التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة في تخفيف الضغط على المؤسسات الصحية العمومية؛
- دور التعاقد بين هيئات الضـــمان الاجتماعي والمؤســـســـات الاســـتشـــفائية الخاصـــة في زيادة مردودية المؤسسات الاستشفائية الخاصة.

المراجع

المراجع:

1. الكتب:

- هاني حامد الضمور، "**سويق الخدمات**"، الطبعة الثالثة، دار وائل لنشر والتوزيع، عمان، الاردن،2005.
- ثامر ياسر البكري، "**إدارة المستشفيات**"، دار اليازورلي العامة لنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005.
- محمد عدمان مريزق "**مداخل في الإدارة الصـــحية**"، الطبعة الأولى، دار الراية للنشـــر والتوزيع، عمان، الأردن،2012.
- طارق الحاج، "**مبادئ التمويل**"، الطبعة الأولى، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان_ الأردن، 2010.
- منير إبراهيم الهندي، "**الفكر الحديث في مجال مصـــادر التمويل**"، توزيع منشـــاة المعارف، الإســكندرية، مصر، 1998.
- لعلمي فاطمة، "**مدخل إلى التامين وإدارة الخطر**"، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2018.
- محمد الصغير بعلي، "**العقود الإدارية**"، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، الجزائر، 2005.
- ســـليمان احميه، "**النظام القانوني لعلاقات العمل في التشـــريع الجزائري، علاقة العمل الفردية**"، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر،1998.
- احمد بوراس، "تمويل المنشآت الاقتصادية"، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2008.
- محمود احمد أبو سـمرة وآخرون، "منهجية البحث العلمي، مجلة العلوم الإسـلامية "سـلسـلة الدراسـات الإنسانية"، المجلد 16، ال عدد02، القدس، فلسطين، 2008.
- صـابري عزام، "أسـاسـيات في النظام الاحصـائي الشـامل "spss، الطبعة الأولى، عالم الكتب الحديث للنشر، عمان، الأردن، 2006.

2. رسائل الدكتوراه والماجستير:

- خلاصـي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصـحة ومصـادر التمويل في الجزائر دراسـة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)، أطروحة لنيل شـهادة الدكتوراه، تخصـص: اقتصـاد المالية العامة، جامعة تلمسـان، الجزائر،2019-2020.

- عائشة عتيق، "**جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية –دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة–**"، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص: تسويق دولي، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر،2011–2012.
- جباري فادية، "**تأثير جودة الخدمة على رضا العميل**"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير، تخصص: تسويق، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011.
- دريدي أحلام، "**دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة الجوارية بسكرة**"، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجيستر، تخصص: أساليب الكمية في التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر، 2014.
- علي عبد الجليل علي الغزالي، "**جودة الخدمات وعلاقتها بالمرضى – دراسة ميدانية على المستشفيات العامة الواقعة في منطقة بنغازي**"، رسالة نيل شهادة الماجستير، تخصص: إدارة اعمال، جامعة بنغازي، ليبيا، 2014.
- بن فرحات عبد المنعم، "**انعكاسات أنماط التسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات**"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص: اقتصاد وتسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة بسكرة، الجزائر،2017_2018.
- عدمان مريزق، "**واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية _دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة**"، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007.
- مرمي مراد، "أهمية نظم المعلومات الإدارية كأداة للتحليل البيئي في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة الجزائرية دراسة حالة ولاية سطيف"، مذكرة نيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص: اقتصاد تسيير المؤسسات الصغيرة والمتوسطة، جامعة سطيف،2010/2009.

- خروبي بزارة عمر، "إصـــلاح المنظومة الصـــحية في الجزائر (1999-2009)"، مذكرة نيل شـــهادة الماجستير في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، تخصص: رسم السياسات العامة، جامعة الجزائر، الجزائر،2011/2010.
- علي دحمان محمد، "تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر"، أطروحة نيل الدكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2017/2016.
- علواني عديلة، "تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التجارية وعلوم التسيير، قسم الاقتصاد، جامعة بسكرة، الجزائر،2010/2011.
- لمزواد صـباح، "دور القطاع الخاص في انشـاء المدن الجديدة"، مذكرة ماجيسـتير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، جامعة منثوري قسنطينة، الجزائر،2012_2013.
- أمير جيلالي، "محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية في الجزائر"، أطروحة دكتورة، قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008_2009.
- نجاة صغيرو، "تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية"، رسالة ماجيستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، جامعة باتنة، الجزائر، 2011_2012.
- مسـعود البلي، "واقع السـياسـات الاجتماعية في الجزائر ومدى ارتباطها بالتنمية المسـتدامة،" رسـالة ماجيستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، قسم العلوم السياسية، جامعة باتنة، الجزائر، 2009_2010.
- سنوسي علي، "تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، جامعة الجزائر3، 2010.
- درار عياش، "**أثر نظام الضـمان الاجتماعي على حركية الاقتصـاد الوطني. دراسـة حالة الصـندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية لغير الاجراء**"، شبكة بومرداس، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، 2005.

- بن دهمة هوارية، "**الحماية الاجتماعية في الجزائر دراسة تحليلية لصندوق الضمان الاجتماعي**"، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة تلمسان، الجزائر، 2014_2015.
- باديس كشيدة، " **المخاطر المضمونة وآليات فض المنازعات في مجال الضمان الاجتماعي**"، مذكرة لنيل الماجستير في العلوم القانونية، فرع قانون الأعمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية، تحت إشراف الدكتورة شادية رحاب، جامعة الحاج لخضر–باتنة، الجزائر، 2009_2010.
- ابتسام رحماني وسميرة لعقون، "**النظام القانوني للتعويض عن حوادث العمل والامراض المهنية في التشريع الجزائري**"، مذكرة لنيل شهادة ماستر في قانون الاعمال، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة عبد الرحمان ميرة بجاية، الجزائر، 2016.

3. مقالات علمية:

- الهام يحياوي، ليلى بوحدبد، "**تقييم جودة الخدمات الصحية ومستوى رضا الزبائن عنها دراسة ميدانية في المؤسسات الاستشفائية بباتنة**"، مجلة الباحث، ال عدد14، الجزائر، 2014.
- الاء نبيل عبد الرزاق، "**استخدام تقانة المعلومات من اجل ضمان جودة الخدمات الصحية (دراسة حالة عينة من مستشفيات بغداد)**"، مجلة الإدارة ولاقتصاد، العدد 90، العراق، 2011.
- بديسي فهيمة، زويوش بلال،" **جودة الخدمة الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات**"، مجلة الاقتصاد والمجتمع، جامعة قسنطينة، الجزائر، العدد 07، 2011.
- عيسى معزوزي، بن تربح بن تربح، "**أبعاد جودة الخدمات الصحية ودورها في تحقيق التميز**"، مجلة العلوم الإدارية والمالية، جامعة الوادي، المجلد 02، العدد01، الجزائر، 2018.
- بن عيشي عمار، "**ابعاد جودة الخدمة الصحية ودورها في تحقيق رضا الزبون دراسة حالة ولاية بسكرة**"، مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية، جامعة بسكرة، الجزائر، العدد السادس، 2012.

- جمعة الطيب، "**قياس مؤشرات جودة الخدمات الصحية من منظور المرضى دراسة استطلاعية لعينة من مرضى المستشفى الجامعي بمدينة باتنة**"، رؤى اقتصادية، جامعة باتنة، الجزائر، العدد السابع، 2014.
- علي عبد القادر علي، **اقتصاديات الصحة، سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في القطار العربية**، المعهد العربي للتخطيط، العدد الثاني والعشرون، السنة الثانية، الكويت،2003.
- بن حليمة حميدة، "**النظام التعاقدي وإصلاح المستشفيات**"، قسم علم الاجتماع جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر،2018.
- إيمان العباسي، "**تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية _دراسة حالة الجزائر_**"، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية، الجزائر،2018.
- خليل مولاي، طهرات عمار، "**قراءة وصفية تحليلية لتجربة بطاقة الشفاء كنموذج لتطبيق الإدارة الالكترونية في الجزائر**"، مجلة الاستراتيجية والتنمية، المجلد13، العدد01، الجزائر، جانفي 2023.
- مولاي لخضر عبد الرزاق، بونوة شعيب "**دور القطاع الخاص في التنمية الاقتصادية في الدول النامية دراسة حالة الجزائر**"، مجلة الباحث: العدد 07، 2009_2010.
- بالجيلالي محمد، لحول كمال، "**رعاية الأشخاص المسنين المعوزين في نظم الحماية الاجتماعية الجزائري**"، مجلة اقتصاديات شمال افريقيا، العدد 51.
- كرمبيط رشيدة، يحياوي فاطمة، "**الحماية الاجتماعية والتشغيل: حالة الجزائر**"، مجلة دراسات في علم الاجتماع، المجلد1، العدد9، الجزائر، 2021.
- بلكرشة مولاي محمد، "صيغ التشغيل في إطار نظام التأمين عن البطالة في الجزائر في ظل التحولات"، مجلة قانون العمل والتشغيل، المجل د04، ال عدد02، 2019.

4. الملتقيات والمؤتمرات:

- ناصر بوعزيز، حاجي أسماء "ظاهرة تزايد النفقات الصحية وضرورة التحكم فيها"، الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكالية التسيير ورهانات التمويل، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة 8ماي، قالمة، 10و11 أفريل2018.
- ودخدخ كريم، بودخدخ مسعود، "رؤية نظرية حول استراتيجية تطوير القطاع الخاص في النشاط الاقتصادي"، ورقة بحثية مقدمة للمشاركة ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول: «دور القطاع الخاص في رفع تنافسية الاقتصاد الجزائري والتحضير لمرحلة ما بعد البترول"، الجزائر، 2011.
- عبيد حليمة، بوحادة سمية،" **الضمان الاجتماعي**"، الملتقى الوطني الخامس حول حماية المستهلك، جامعة أدرار، الجزائر، 9-10 ديسمبر 2015.

5. المراسيم والقوانين:

- المرسوم التنفيذي رقم 11/93 المؤرخ في 1993/05/15 المتضمن اختصاصات الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الغير اجراء وتنظيمه وسيره، الجريدة الرسمية العدد 33 لسنة 1993.
- القانون رقم 85/05 المؤرخ في 16 فبراير 1985 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، الجريدة الرسمية، العدد 08 سنة 1985.
- القرار الوزاري المؤرخ في 22 أكتوبر 1988، يحدد المقاييس التقنية والصحية للعيادات الخاصة وشروط عملها، الجريدة الرسمية ال عدد44 سنة 1988.
- القانون رقم -83 13 مؤرخ في 2 يوليو سنة 1983 يتعلق بحوادث العمل والامراض المهنية، الجريدة الرسمية الجزائرية، عدد28، المؤرخة في 05 يوليو 1983.
- قانون 90/11 المتعلق بعلاقات العمل المؤرخ في 1990/04/21 المتمم والمعدل، الجريدة الرسمية العدد 17 سنة1990.
- المرسوم رقم 84-27 المؤرخ في 1984/02/11 المحدد كيفيات تطبيق العنوان الثاني من القانون 83-11 المتعلق بالتأمينات، الجريدة الرسمية العدد 07.

- المرســـوم التنفيذي رقم 20_60 والمحدد للاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضـــمان الاجتماعي والمؤســـســـات الاســـتشـــفائية الخاصـــة للتكفل بالولادة، الجريدة الرســـمية العدد 16، الصـــادر في 14 مارس2020.
- ال أمر 75–58 المؤرخ في 26 ســـبتمبر 1975 المتضـــمن القانون المدني، المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية صادرة في 30 سبتمبر 1975.
- أمر 03/94 المتضـــمن قانون المالية لســـنة 1995، الجريدة الرســـمية، العدد 87، الصـــادرة في 1994/12/31.
- المرسـوم التنفيذي رقم07_321 يتضـمن تنظيم المؤسـسـات الاسـتشـفائية الخاصـة وسـيرها، الجريدة الرسمية العدد 69.
- القرار المؤرخ في 12 ذي القعدة الموافق ل 11 مارس 1988 المتضـمن التنظيم الداخلي ل CNAS، الجريدة الرسمية، ال عدد69 لسنة 1988.
- المرسـوم التنفيذي رقم 119/93 المؤرخ في 1993/05/15 المحدد اختصـاصـات الصـندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الغير الاجراء وتنظيمه وسيره، الجريدة الرسمية العدد 33 لسنة 1993.
- المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 1992/01/04 المتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي، الجريدة الرسمية العدد 02 سنة 1992.
- المرسوم التنفيذي 188/94 المؤرخ في 1994/07/06 المتضمن القانوني الأساسي للصندوق الوطني لتامين عن البطالة، الجريدة الرسمية 44 لسنة 1994.
- المرسوم التنفيذي 37/99 المؤرخ في 1999/02/10 المتمم للمرسوم التنفيذي رقم 188/94، المتضمن القانون الأساسي للصندوق الوطني للتأمين عن البطالة، الجريدة الرسمية العدد 07 سنة1999.
- المرسوم التنفيذي 97/ 45 المؤرخ في 1997/02/04 المتضمن إنشاء الصندوق الوطني للعطل مدفوعة الأجر والبطالة الناجمة عن سوء الأحوال الجوية لقطاعات البناء والاشغال العمومية والري.

6. المواقع الالكترونية:

- جمال بولدايس، أسماء منور، سامي سي يوسف، العيادات الخاصة (فنادق خمسة هموم)، متحصل عليه من: https://www.djazairess.com/ennahar/38700، تاريخ الاطلاع: 2023/04/20.
- ضمان اجتماعي: ابرام اتفاقية لتحسين ظروف الولادة بالمؤسسات الاستشفائية، على الموقع: https://radioalgerie.dz/news/ar/article/20200514/193524.html، تاريخ الاطلاع:03_15_2023.

[1] https://www.unescwa.org/ar/sd-glossary 11/05/2023 h 20 :30.

- [1] https://arabworldinsurance.com/ 11/05/2023 h 21 :00
- هيئات الضمان الاجتماعي تتكفل بعملية الولادة على مستوى العيادات الخاصة، على الموقع: https://www.mtess.gov.dz/ar//، تاريخ الاطلاع:09_05_2023.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Ouvrage :
   - Fatima Zohra Oufriha, Collaboratore : De Reforme Un Système De Santé A croisée Des Chemains. Alger, 2006, p 203.
2. Thèses et mémoire de magistère :
   - BENMANSOUR Sonia, la contractualisation dans le système de santé en Algérie, Thèse pour l'obtention du Doctorat En Sciences, Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou,2018, page 26
   - Kara Terki Assia , La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public, thèse doctorat en sciences économiques, option gestion, université Abou Bekr Belkaid Tlemcen ,Alger, 2009-2010 .

3. Article du journal :

- CHEURFA & KAÏD TLILANE, LA CONTRACTUALISATION EXTERNE DANS LES HOPITAUX PUBLICS EN ALGERIE : ENJEUX ET PERSPECTIVES, Economie & Société N° 10 / 201.
- Diane McIntyre, "le financement des soins de santé dans les pays à fiable et moyens revenus", global forum for Heath research, 2007.

4. Site Web :

- Ahcène ZEHNATI. Le conventionnement de l'accouchement entre la Sécurité sociale et les cliniques privées : Enjeux et impacts sur les acteurs du système de santé, sur le site : https://www.reporters.dz/le-conventionnement-de-laccouchement-entre-la-securite-sociale-et-les-cliniques-privees-enjeux-et-impacts-sur-les-acteurs-du-systeme-de-sante consulté le : 12_05_2023.

الملاحق

الملحق رقم(01): استمارة الاستبيان

الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية

المدرسة العليا لإدارة الاعمال تلمسان

ماستر إدارة الخدمات الصحية

استمارة الاستبيان:

في إطار إعداد مذكرة الماستر تحت عنوان: دور التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة، في التكفل بعمليات الولادة للمؤمنات لهن اجتماعيا او من ذوي الحقوق.

يسعدنا سيداتي سادتي العاملين بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة _مصحة الشفاء_ بالطاهير ولاية جيجل، اختياركم ضمن عينة الدراسة للمشاركة في إثراء هذا الموضوع الأكاديمي متوقعون وبقناعة بأنكم ستولون الاهتمام خلال إجابتكم على هذه الأسئلة. كما نتعهد أن هذه الاستمارة ستحاط بسرية تامة ولا تستخدم سوى لغرض علمي. مع بالغ الشكر لكم لتعاونكم معنا.

التعريف ببعض المصطلحات:

النظام التعاقدي: هو اتفاق يربط كل وزارة الصحة والهياكل تحت الوصاية بهيئات الضمان الاجتماعي، حيث يلتزم الأول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين ويلتزم الطرف الآخر بتمويل الخدمات الصحية

الاتفاقية: لتحسين وضع المنظومة الصحية وتحقيق الكفاءة والعدالة بين الفئات المؤمنة والغير المؤمنة تم عقد اتفاقية ثنائية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بعمليات الولادة للمرأة المؤمن لها اجتماعيا أو من ذوات الحقوق، تطبيقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 20-60 المؤرخ في 14 مارس

2020 ويســـاهم هذا الإجراء بدعم الجهود المبذولة من قبل المنظومة الصـــحية من خلال تخفيف الضـــغط على المؤسسات العمومية الاستشفائية.

الطالبتان: بورورو هاجر، بوتاعة شهرزاد

- النوع: ذكر ☐ أنثى ☐
- الفئـة العمريـة: أقل من 25 ☐ 25 ســـنـة إلى 40 ☐ 40 ☐ .
- المستوى التعليمي: ثانوي ☐ جامعي ☐ ، أخرى ☐
- التخصص العلمي: علوم التسيير ☐، طبي ☐ ، شبه طبي ☐ ، أخرى ☐

الرقم	الفقرات	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غـيـر مـوافـق بشدة

	المحور الاول: التعـاقـد بين هيئـات الضـــمان الاجتماعي والمؤســـســـات الاستشفائية الخاصة.					
01	النمط التعاقدي وسـيلة لإضـفاء الطابع القـانوني للعلاقـة التي تربط هيئـات الضـــمان الاجتماعي والمؤســـســـات الاستشفائية الخاصة.					
02	يســـعى هذا الاتفاق إلى تحقيق رضـــا المستهلك، الطبيب، المرفق الصحي.					
03	يحقق التعـاقـد الشـــفـافيـة بين هيئـات الضـــمان الاجتماعي والمؤســـســـات الاستشفائية الخاصة.					
04	يسـمح التعاقد لتحقيق الأهداف المسـطرة والمصالح المشتركة لكل الأطراف.					
05	يتم التعاقد عن طريق أبرام اتفاقيات بين هيئات الضـــمان الاجتماعي والهياكل الصحية.					
06	تنشـئ اتفاقية التعاقد التزامات مالية تربط هيئـات الضـــمـان الاجتمـاعي بمقـدم					

	الخدمة الصـــحية والتزام بتقديم الخدمة لفائدة المؤمنين اجتماعيا.					
07	تســـوية الاتفاقية بين هيئات الضـــمان الاجتماعي ومصحة الشفاء دون عراقيل وصعوبات إدارية.					
08	توفر الشـــروط الاتفـاقيـة اللازمـة في مصــحة الشــفاء. (الأجهزة الضــرورية، أطباء التوليد وأمراض النساء.....)					
09	ضــرورة تقديم المســتفيدات لطلب التكفل للمصــحة المســتقبلة خلال الشــهر الذي يسبق التاريخ المفروض للولادة.					
10	يلتزم التعاقد على استعمال نظام الشفاء.					
	المحور الثـانـي: ظروف التكفـل بالعمليات الولادة					
معيار	**الجودة**					
11	تتمتع المؤســســـة بموقع ملائم ويســـهل الوصول إليه.					
12	تتوفر مصــحة الشــفاء على أجهزة طبية ومعدات تقنية حديثة وضرورية.					

13	تمتع المصـــحة بنظافة عالية تجنبا للعدوى الاستشفائية.					
14	تحرص المصـــحة على تقديم خدمات التوليد حسب معايير الصحة المعمول بها.					
15	تبسط العيادة الإجراءات الإدارية للتكفل بالنســـاء الحوامل المؤمنات لهن اجتماعيا.					
16	الاســـتجابة الســـريعة للحالات الطارئة للولادة.					
17	تحظى المصحة بسمعة ومكانة لدة أفراد المجتمع.					
18	تحافظ المصحة على سرية المعلومات الخاصة بالمستفيدات.					
19	تحتوي المصـــحة على عاملين ذوي الكفاءات والمهارات المطلوبة في التوليد.					
20	يستخدم الأطباء عبارات بسيطة يسهل فهمها لشرح الحالة الصحية للمستفيدات.					

21	يحرص الطاقم الطبي والمصـــحة على مراعاة ظروف ومشـــاعر المرضـــى وحالتهم النفسية.					
معيار	**التكاليف**					
22	إعفاء المســـتفيدات من الدفع مقابل عمليات التوليد في إطار نظام الدفع من قبل الغير.					
23	عدم مطالبة المستفيدات بدفع أي اتعاب أخرى غير تلك المحددة في الاتفاقية.					
	المحور الثالث: دور التعاقد في تحسين ظروف عمليات الولادة					
24	زيادة الطلب على التكفل بالولادة لدى المؤسسة الاستشفائية الخاصة.					
25	يساهم في تخفيف المصاريف العلاجية للمؤمنات لهن اجتماعيا أو ذوي الحقوق أو إعفاءهم منها في غالب الأحيان.					
26	تساهم اتفاقية التعاقد في تحقيق التعاون بين القطاع الخاص والعام وتخفيف الضغط على القطاع العمومي.					

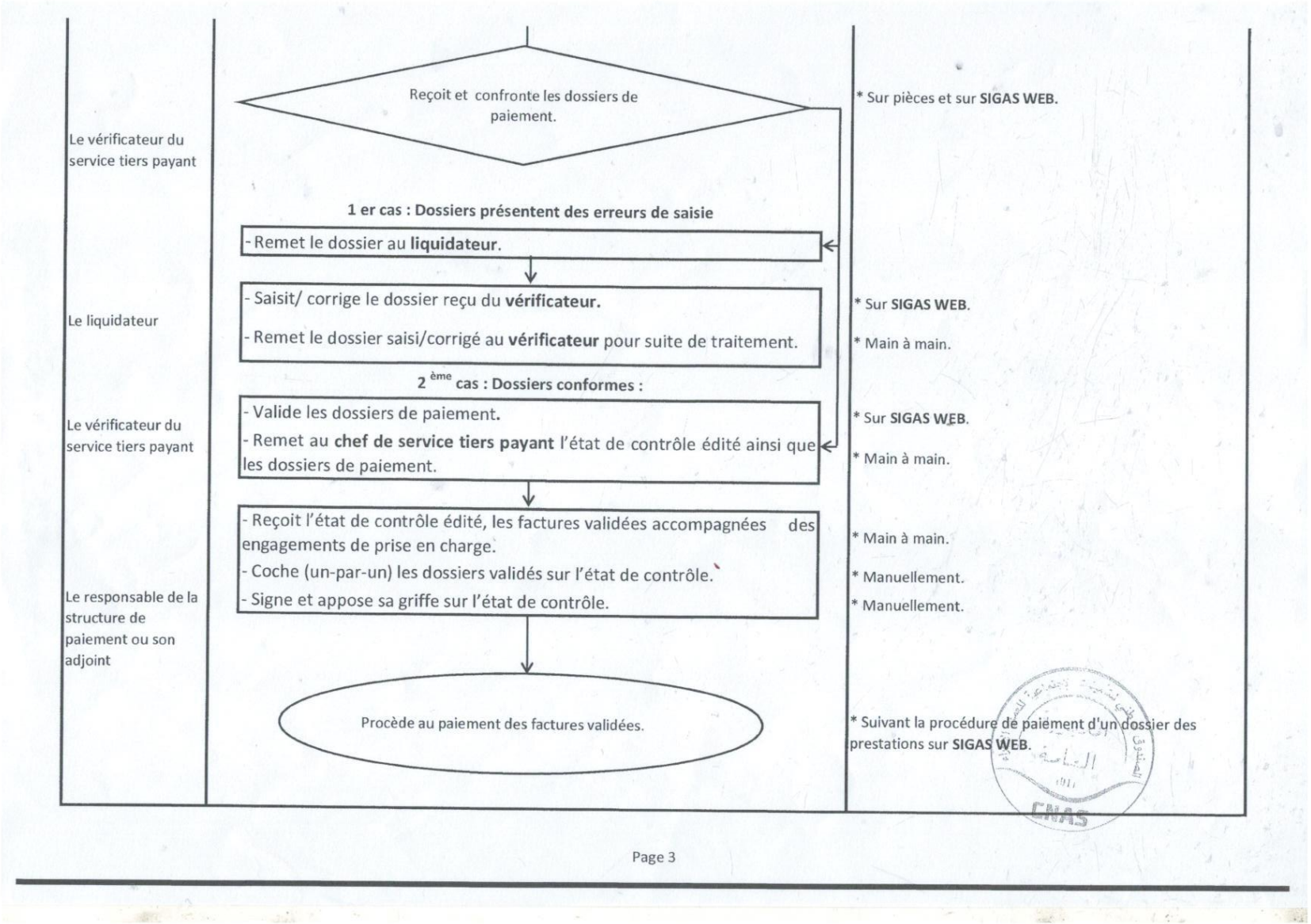
27	تعزيز جودة الرعاية الصحية لفائدة المرأة المؤمن لها اجتماعيا.					
28	دعم الجهود المبذولة من قبل المنظومة الصحة في مجال التكفل بالولادات.					

الملحق رقم (02): إجراءات علاج طلب التكفل وجدولة فواتير الولادة.

PROCÉDURE DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE ET D'ORDONNANCEMENT DES FACTURES D'ACCOUCHEMENT DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PRIVÉS CONVENTIONNÉS

QUI ?	FAIT QUOI ?	COMMENT ?
	TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRISE EN CHARGE	
	1. Demande de prise en charge :	Documents à présenter :
L'assurée sociale ou le conjoint de l'assuré social	Se présenter au niveau de l'établissement hospitalier privé **de son choix**, muni (e) des pièces.	• La carte Chifa, cette dernière doit être restituée à l'assurée sociale ou son conjoint après vérification sur système. • Le rapport médical détaillé du médecin traitant précisant notamment la date présumée de l'accouchement et, le cas échéant, sa nature. • La pièce d'identité et le livret de famille lorsqu'il s'agit du conjoint.
L'établissement hospitalier privé	- Formule auprès de la structure de paiement de rattachement une demande de prise en charge.	En ligne via l'application " **CHIFA/ACC** " : • En renseignant le formulaire de demande de prise en charge pour "accouchement **(AS.81)** " en sélectionnant l'acte à prester ". • En insérant le rapport médical scanné du médecin traitant précisant notamment, la date présumée de l'accouchement et, le cas échéant, sa nature. • En insérant le certificat de constatation de grossesse du troisième mois.
	2. Établissement de la prise charge :	
Le chef de service tiers payant	- S'assure que les conditions d'ouverture des droits sont réunies. - S'assure que les documents transmis sont conformes.	* Sur **SIGAS WEB**. * Manuellement et selon la réglementation.
	En cas d'accouchement par césarienne, la demande de prise en charge pour accouchement apparait automatiquement chez le médecin conseil sur **SIGCM WEB.**	
Le médecin conseil	- Vérifie les informations mentionnées sur la demande de prise en charge. - Consulte les documents transmis. - Émet son avis.	* Sur **SIGCM WEB**. * Sur **SIGCM WEB**. * Automatquement sur **SIGCM WEB**.

Le chef de service tiers payant	- Consulte l'avis du médecin conseil. - Édite l'engagement de prise en charge **(AS.82)** en double (02) exemplaires.	* Sur **SIGAS WEB**. * Du **SIGAS WEB**.
Le responsable de la structure de paiement ou son adjoint	- Signe et appose sa griffe sur les deux (02) exemplaires de l'engagement de prise en charge **(AS.82).** - Remet au représentant légal de l'établissement hospitalier privé un (01) exemplaire de l'engagement de prise en charge **(AS.82).**	* Manuellement. * Contre accusé de réception et en classant un exemplaire.
	RÉCEPTION, TRAITEMENT ET ORDONNANCEMENT DES FACTURES	
Le chef de service tiers payant	- Réceptionne mensuellement et vérifie, en présence du représentant de l'établissement hospitalier privé, conformément à la convention type CNAS-Établissements hospitaliers privés : 1. Le bordereau récapitulatif reprenant pour chaque facture, le numéro de la facture, le numéro d'immatriculation, le nom et le prénom de l'assuré (e) social (e), le nom et le prénom de la bénéficiaire et le montant total du remboursement demandé (actes prestés), accompagné d'une copie de l'accusé de réception électronique ; 2. Les factures individuelles accompagnées des engagements de prise en charge, et éventuellement les demandes de changement d'acte post-accouchement et des rapports médicaux sous pli fermé. - Vérifie la concordance du nombre des dossiers portés sur le bordereau avec le nombre des dossiers physiques déposés. - Remet au représentant de l'établissement hospitalier privé le deuxième exemplaire du bordereau. - Enregistre le dépôt du bordereau. - Vérifie l'avis du médecin conseil. - Remet les dossiers de paiement au **vérificateur**.	* Dépôt et transmission en ligne/ Manuellement. * Manuellement. * Contre accusé de réception. * Sur le registre règlementaire conçu à cet effet. * Sur **SIGAS WEB.** * Main à main.


Le vérificateur du service tiers payant
Reçoit et confronte les dossiers de paiement.
* Sur pièces et sur SIGAS WEB.
1 er cas : Dossiers présentent des erreurs de saisie
- Remet le dossier au liquidateur.
Le liquidateur
- Saisit/ corrige le dossier reçu du vérificateur.
- Remet le dossier saisi/corrigé au vérificateur pour suite de traitement.
* Sur SIGAS WEB.
* Main à main.
2 ème cas : Dossiers conformes :
Le vérificateur du service tiers payant
- Valide les dossiers de paiement.
- Remet au chef de service tiers payant l'état de contrôle édité ainsi que les dossiers de paiement.
* Sur SIGAS WEB.
* Main à main.
Le responsable de la structure de paiement ou son adjoint
- Reçoit l'état de contrôle édité, les factures validées accompagnées des engagements de prise en charge.
- Coche (un-par-un) les dossiers validés sur l'état de contrôle.
- Signe et appose sa griffe sur l'état de contrôle.
* Main à main.
* Manuellement.
* Manuellement.
Procède au paiement des factures validées.
* Suivant la procédure de paiement d'un dossier des prestations sur SIGAS WEB.
CNAS
Page 3

الملحق رقم (03): نشاطات الولادة والأسعار الثابتة التي تشملها الاتفاقية.

CHAPITRE 5
CONTROLE

Art. 23. — L'établissement privé s'engage à faciliter les opérations de contrôle de l'application de la présente convention effectuées par les représentants de l'organisme de sécurité sociale habilités à cet effet, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE 6
DUREE ET MODIFICATION DE LA CONVENTION

Art. 24. — La présente convention est conclue pour une durée d'une année renouvelable par tacite reconduction, pour une période de même durée.

Art. 25. — Toute modification de la présente convention, notamment la liste des actes pris en charge dans le cadre de cette convention et les montants des tarifs forfaitaires prévus à l'annexe 1, peut être effectuée par voie d'avenant, sous réserve de l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale.

CHAPITRE 7
CONTESTATION ET LITIGES

Art. 26. — En cas de contestation portant sur l'application des clauses de la présente convention, la partie qui a formulé ses griefs adresse à l'autre partie une réclamation, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

Le différend est examiné contradictoirement par les représentants des parties contractantes en vue d'un éventuel accord à l'amiable.

En cas de persistance du différend, le litige est porté devant le tribunal, territorialement compétent.

CHAPITRE 8
DENONCIATION ET RESILIATION DE LA CONVENTION

Art. 27. — La présente convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties contractantes, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis d'un (1) mois.

Art. 28. — La présente convention est résiliée de plein droit, en cas de retrait de l'autorisation d'ouverture de l'établissement privé par les services compétents du ministère chargé de la santé.

Elle peut, également, être résiliée par l'une ou l'autre des parties, en cas :

— de non-respect des engagements conventionnels par l'une des parties ;

— de modification législative ou réglementaire affectant les principes qui gouvernent cette convention.

La résiliation de la convention s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle prend effet après un préavis d'un (1) mois, à compter de la date de réception de la lettre.

Art. 29 — La présente convention prend effet, à compter de la date de sa signature par les deux (2) parties.

Fait à .....le.....

Pour l'établissement hospitalier privé

Pour l'organisme de sécurité sociale

ANNEXE 1

LES ACTES ET LES MONTANTS DES TARIFS FORFAITAIRES COUVERTS PAR LA CONVENTION

N°s	DESIGNATION DES ACTES	MONTANTS DES TARIFS FORFAITAIRES (EN DA)
1	Accouchement simple par voie basse	25.000
2	Accouchement simple par voie basse avec épisiotomie	30.000
3	Accouchement simple par voie basse avec forceps	35.000
4	Accouchement simple par voie basse avec péridurale	35.000
5	Accouchement gémellaire	45.000
6	Accouchement par césarienne simple	50.000
7	Accouchement par césarienne sur utérus cicatriciel	50.000
8	Accouchement par césarienne avec pathologie associée notamment, hypertension artérielle HTA, diabète, prise de médicaments compris	60.000

الملحق رقم(04): استمارة طلب الالتزام بالتكفل بالولادة.

وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
CNAS

Agence : .....

Demande d'engagement de prise en charge pour accouchement

L'assuré (e) social (e)

Nom : .....
Prénom : .....
N° d'immatriculation : .....
Adresse : .....
.....
N° Tel : 1- .....
2- .....
3- .....

La bénéficiaire (1)

☐ L'assurée Sociale. ☐ Le conjoint.

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....

Déclaration de l'assuré(e) social(e)

Je soussigné (e), M., Mme., déclare avoir choisi la clinique identifiée ci-dessous, pour (1) :
☐ Mon accouchement prévu le : .....
☐ L'accouchement de mon conjoint prévu le : .....

Fait le : .....
Signature

Cadre réservé à l'établissement hospitalier privé choisi

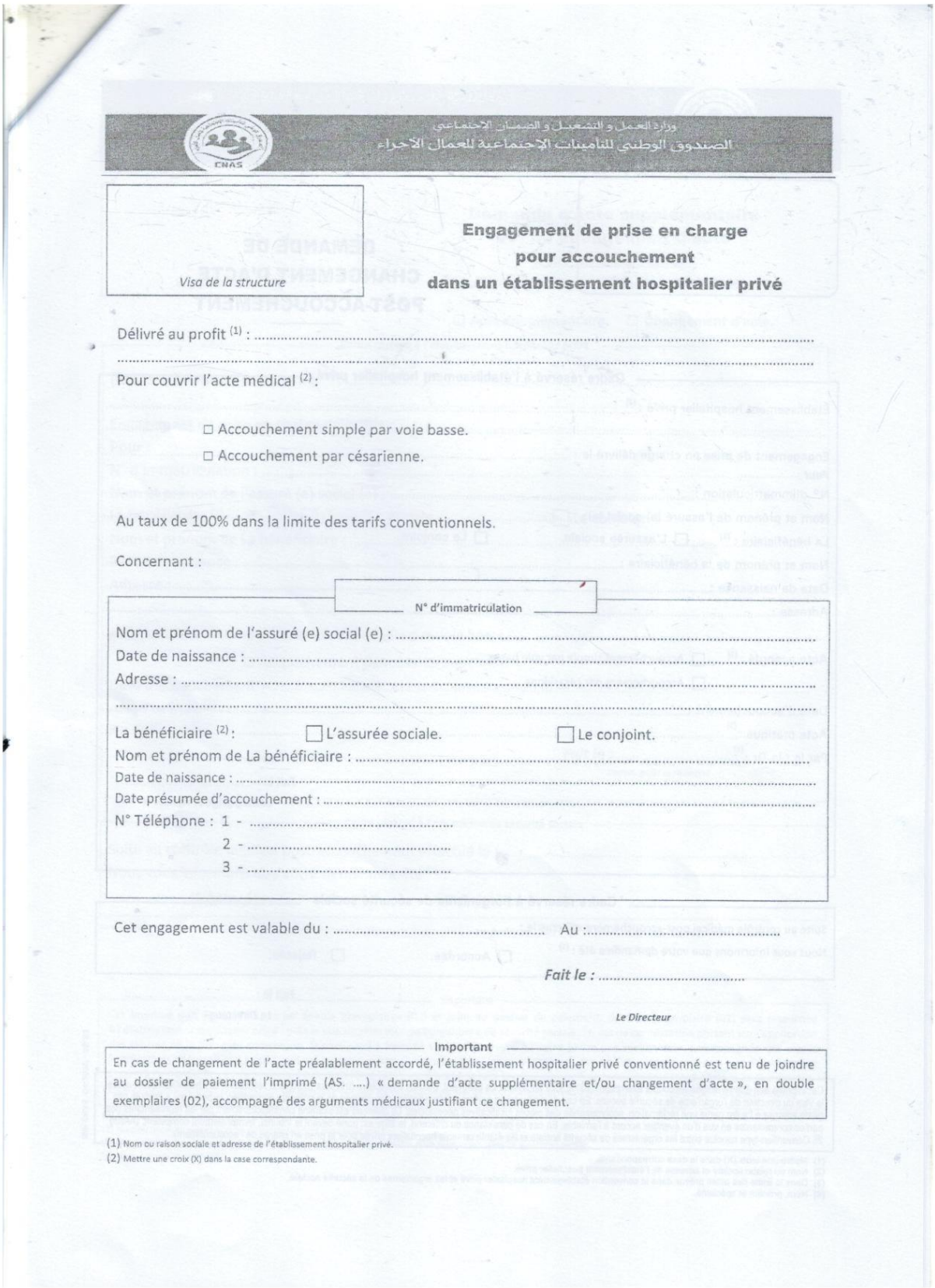
Raison sociale : .....
Adresse : .....
Nom et prénom du représentant légal : .....
Je soussigné (e), m'engage à prendre en charge Mme : .....
Au niveau de notre établissement, pour son accouchement prévu le : .....
Pour l'acte médical (1) :

☐ Accouchement simple par voie basse.
☐ Accouchement par césarienne.

***Fait* le :** .....
Cachet, griffe et signature

(1) Mettre une croix (X) dans la case correspondante.

الملحق رقم (05): التزام التكفل بالولادات في المؤسسات الاستشفائية الخاصة.



وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
CNAS

Visa de la structure

Engagement de prise en charge
pour accouchement
dans un établissement hospitalier privé

Délivré au profit (1) : .....
.....

Pour couvrir l'acte médical (2) :

☐ Accouchement simple par voie basse.
☐ Accouchement par césarienne.

Au taux de 100% dans la limite des tarifs conventionnels.

Concernant :

N° d'immatriculation

Nom et prénom de l'assuré (e) social (e) : .....
Date de naissance : .....
Adresse : .....
.....

La bénéficiaire (2) : ☐ L'assurée sociale. ☐ Le conjoint.
Nom et prénom de La bénéficiaire : .....
Date de naissance : .....
Date présumée d'accouchement : .....
N° Téléphone : 1 - .....
2 - .....
3 - .....

Cet engagement est valable du : ..... Au : .....

Fait le : .....

Le Directeur

Important

En cas de changement de l'acte préalablement accordé, l'établissement hospitalier privé conventionné est tenu de joindre au dossier de paiement l'imprimé (AS. ....) « demande d'acte supplémentaire et/ou changement d'acte », en double exemplaires (02), accompagné des arguments médicaux justifiant ce changement.

(1) Nom ou raison sociale et adresse de l'établissement hospitalier privé.
(2) Mettre une croix (X) dans la case correspondante.

الملحق رقم (06): طلب تغيير نوع نشاط الولادة.

وزارة العمل و التشغيل و الضمان الاجتماعي
الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء
– Assurances Sociales –

CNAS

Visa de la Structure

DEMANDE DE CHANGEMENT D'ACTE POST-ACCOUCHEMENT

Cadre réservé à l'établissement hospitalier privé

Établissement hospitalier privé : (2) .....

.....

Engagement de prise en charge délivré le : .....

Pour :

N° d'immatriculation : .....

Nom et prénom de l'assuré (e) social (e): .....

La bénéficiaire : (1) ☐ L'assurée sociale. ☐ Le conjoint.

Nom et prénom de la bénéficiaire : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Acte accordé : (1) ☐ Accouchement simple par voie basse.

☐ Accouchement par césarienne.

Date d'accouchement : .....

Acte pratiqué : (3) .....

Par le / la Dr : (4) .....

Fait le : .....

Cachet, griffe et signature

`Cadre réservé à l'organisme de sécurité sociale

Suite au contrôle médical post-accouchement effectué le : .....

Nous vous informons que votre demande a été : (1) ☐ Accordée. ☐ Rejetée.

Fait le : .....

Le Directeur,

Cet imprimé doit être renseigné en double exemplaire (02) et joint au dossier de paiement, dont un exemplaire (01) sera retourné à l'établissement hospitalier privé après le visa du directeur de l'organisme de sécurité sociale. En cas de contestation portant sur l'application des clauses de la présente convention, la partie qui a formulé ses griefs adresse à l'autre partie une réclamation, accompagnée des pièces justificatives nécessaires. Le différend est examiné contradictoirement par les représentants des parties contractantes en vue d'un éventuel accord à l'amiable. En cas de persistance du différend, le litige est porté devant le tribunal, territorialement compétent. (Article 26 Convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés pour la prise en charge de l'accouchement).

IMP.CNAS 04-2020 - AS.83

(1) Mettre une croix (X) dans la case correspondante.
(2) Nom ou raison sociale et adresse de l'établissement hospitalier privé.
(3) Dans la limite des actes prévus dans la convention établissement hospitalier privé et les organismes de la sécurité sociale.
(4) Nom, prénom et spécialité.

الملحق رقم(07): مخرجات spss

RELIABILITY

/VARIABLES=س1 س2 س3 س4 س5 س6 س7 س8 س9 س10

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	80	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	80	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,957	10

RELIABILITY

/VARIABLES=س11 س12 س13 س14 س15 س16 س17 س18 س19 س20 س21

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	80	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	80	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,951	11

RELIABILITY

/VARIABLES=س22 س23

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	80	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	80	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,956	2

RELIABILITY

/VARIABLES=س24 س25

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	80	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	80	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,823	2

RELIABILITY

/VARIABLES=س26 س27 س28 س29 س30

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	80	100,0
	Exclue	0	,0
	Total	80	100,0

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,941	5

FREQUENCIES VARIABLES=الجنس السن المستوى.التعليمي التخصص.العلمي

/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

Statistiques

		الجنس	السن	المستوى.التعليمي	التخصص.العلمي
N	Valide	80	80	80	80
	Manquant	0	0	0	0

Table de fréquence

الجنس

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	46	57,5	57,5	57,5
	انثى	34	42,5	42,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

السن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	اقل من 25 سنة	7	8,8	8,8	8,8
	من 25 الى 40 سنة	52	65,0	65,0	73,8
	اخرى	21	26,3	26,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

المستوى.التعليمي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ثانوي	22	27,5	27,5	27,5

	جامعي	46	57,5	57,5	85,0
	شبه طبي	12	15,0	15,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

التخصص.العلمي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	علوم التسيير	26	32,5	32,5	32,5
	طبي	12	15,0	15,0	47,5
	شبه طبي	25	31,3	31,3	78,8
	اخرى	17	21,3	21,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

FREQUENCIES VARIABLES=س1 س2 س3 س4 س5 س6 س7 س8 س9 س10 س11 س12 س13 س14 س15 س16 س17 س18 س19 س20 س21 س22 س23 س24 س25 س26 س27 س28 س29 س30

/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

Table de fréquence

س1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	6	7,5	7,5	7,5
	موافق	15	18,8	18,8	26,3
	موافق بشدة	59	73,8	73,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	1	1,3	1,3	1,3
	محايد	8	10,0	10,0	11,3
	موافق	16	20,0	20,0	31,3
	موافق بشدة	55	68,8	68,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3

	محايد	7	8,8	8,8	10,0
	موافق	26	32,5	32,5	42,5
	موافق بشدة	46	57,5	57,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	4	5,0	5,0	5,0
	محايد	8	10,0	10,0	15,0
	موافق	25	31,3	31,3	46,3
	موافق بشدة	43	53,8	53,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	محايد	14	17,5	17,5	18,8
	موافق	22	27,5	27,5	46,3
	موافق بشدة	43	53,8	53,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	2	2,5	2,5	3,8
	محايد	11	13,8	13,8	17,5
	موافق	21	26,3	26,3	43,8
	موافق بشدة	45	56,3	56,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	3	3,8	3,8	3,8
	محايد	11	13,8	13,8	17,5

	موافق	37	46,3	46,3	63,7
	موافق بشدة	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س8

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	2	2,5	2,5	3,8
	محايد	8	10,0	10,0	13,8
	موافق	25	31,3	31,3	45,0
	موافق بشدة	44	55,0	55,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س9

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	8	10,0	10,0	10,0
	موافق	37	46,3	46,3	56,3
	موافق بشدة	35	43,8	43,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س10

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	14	17,5	17,5	17,5
	موافق	37	46,3	46,3	63,7
	موافق بشدة	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س11

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	محايد	10	12,5	12,5	13,8
	موافق	31	38,8	38,8	52,5
	موافق بشدة	38	47,5	47,5	100,0

	Total	80	100,0	100,0	

س12

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	3	3,8	3,8	3,8
	محايد	5	6,3	6,3	10,0
	موافق	33	41,3	41,3	51,2
	موافق بشدة	39	48,8	48,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س13

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	1	1,3	1,3	1,3
	محايد	8	10,0	10,0	11,3
	موافق	40	50,0	50,0	61,3
	موافق بشدة	31	38,8	38,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س14

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	2	2,5	2,5	2,5
	غير موافق	9	11,3	11,3	13,8
	محايد	9	11,3	11,3	25,0
	موافق	31	38,8	38,8	63,7
	موافق بشدة	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س15

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	3	3,8	3,8	3,8
	محايد	7	8,8	8,8	12,5
	موافق	42	52,5	52,5	65,0
	موافق بشدة	28	35,0	35,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س16

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	1	1,3	1,3	2,5
	محايد	7	8,8	8,8	11,3
	موافق	40	50,0	50,0	61,3
	موافق بشدة	31	38,8	38,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س17

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	3	3,8	3,8	3,8
	محايد	7	8,8	8,8	12,5
	موافق	42	52,5	52,5	65,0
	موافق بشدة	28	35,0	35,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س18

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	4	5,0	5,0	5,0
	غير موافق	1	1,3	1,3	6,3
	محايد	6	7,5	7,5	13,8
	موافق	30	37,5	37,5	51,2
	موافق بشدة	39	48,8	48,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س19

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	1	1,3	1,3	1,3
	محايد	16	20,0	20,0	21,3
	موافق	30	37,5	37,5	58,8
	موافق بشدة	33	41,3	41,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س20

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	4	5,0	5,0	5,0
	محايد	5	6,3	6,3	11,3
	موافق	38	47,5	47,5	58,8
	موافق بشدة	33	41,3	41,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س21

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	3	3,8	3,8	5,0
	محايد	10	12,5	12,5	17,5
	موافق	37	46,3	46,3	63,7
	موافق بشدة	29	36,3	36,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س22

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	2	2,5	2,5	2,5
	غير موافق	3	3,8	3,8	6,3
	محايد	21	26,3	26,3	32,5
	موافق	28	35,0	35,0	67,5
	موافق بشدة	26	32,5	32,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س23

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	6	7,5	7,5	8,8
	محايد	20	25,0	25,0	33,8
	موافق	28	35,0	35,0	68,8
	موافق بشدة	25	31,3	31,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س24

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	4	5,0	5,0	6,3
	محايد	7	8,8	8,8	15,0
	موافق	25	31,3	31,3	46,3
	موافق بشدة	43	53,8	53,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س25

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	محايد	21	26,3	26,3	26,3
	موافق	25	31,3	31,3	57,5
	موافق بشدة	34	42,5	42,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س26

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	2	2,5	2,5	3,8
	محايد	8	10,0	10,0	13,8
	موافق	26	32,5	32,5	46,3
	موافق بشدة	43	53,8	53,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س27

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	2	2,5	2,5	3,8
	محايد	8	10,0	10,0	13,8
	موافق	31	38,8	38,8	52,5
	موافق بشدة	38	47,5	47,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س28

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	1	1,3	1,3	1,3
	محايد	4	5,0	5,0	6,3
	موافق	25	31,3	31,3	37,5
	موافق بشدة	50	62,5	62,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س29

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق بشدة	1	1,3	1,3	1,3
	غير موافق	2	2,5	2,5	3,8
	محايد	10	12,5	12,5	16,3
	موافق	28	35,0	35,0	51,2
	موافق بشدة	39	48,8	48,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

س30

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير موافق	2	2,5	2,5	2,5
	محايد	9	11,3	11,3	13,8
	موافق	32	40,0	40,0	53,8
	موافق بشدة	37	46,3	46,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	

FREQUENCIES VARIABLES=م1 م2 الجودة التكاليف الاستمرارية م3

/FORMAT=NOTABLE

/STATISTICS=STDDEV MEAN

/ORDER=ANALYSIS.

Statistiques

		م1	م2	الجودة	التكاليف	الاستمرارية	م3
N	Valide	80	80	80	80	80	80
	Manquant	0	0	0	0	0	0
Moyenne		4,3713	4,1700	4,2080	3,8938	4,2375	4,3525
Ecart type		,66222	,69783	,67956	,96356	,80338	,72303

FREQUENCIES VARIABLES=س1 س2 س3 س4 س5 س6 س7 س8 س9 س10

/FORMAT=NOTABLE

/STATISTICS=STDDEV MEAN

/ORDER=ANALYSIS.

Statistiques

		س11	س12	س13	س14	س15	س16	س17
N	Valide	80	80	80	80	80	80	80
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne		4,31	4,35	4,26	3,95	4,19	4,24	4,19
Ecart type		,789	,765	,689	1,078	,748	,767	,748

Statistiques

		س18	س19	س20	س21
N	Valide	80	80	80	80
	Manquant	0	0	0	0
Moyenne		4,24	4,19	4,25	4,13
Ecart type		1,009	,797	,788	,862

Statistiques

		س22	س23	س24	س25	س26	س27	س28
N	Valide	80	80	80	80	80	80	80
	Manquant	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne		3,91	3,88	4,31	4,16	4,35	4,29	4,55
Ecart type		,983	,986	,922	,818	,858	,845	,654

Statistiques

		س29	س30
N	Valide	80	80
	Manquant	0	0
Moyenne		4,28	4,30
Ecart type		,871	,770

CORRELATIONS

/VARIABLES=م1 م2 الجودة التكاليف الاستمرارية م3

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

Corrélations

		م1	م2	الجودة	التكاليف	الاستمرارية
م1	Corrélation de Pearson	1	,822	,792	,783	,730
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	80	80	80	80	80
م2	Corrélation de Pearson	,822	1	,987	,869	,879
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000
	N	80	80	80	80	80
الجودة	Corrélation de Pearson	,792	,987	1	,798	,823
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	80	80	80	80	80
التكاليف	Corrélation de Pearson	,783	,869	,798	1	,748
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	80	80	80	80	80
الاستمرارية	Corrélation de Pearson	,730	,879	,823	,748	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	80	80	80	80	80
م3	Corrélation de Pearson	,746	,792	,826	,609	,586
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	80	80	80	80	80

Corrélations

		م3
م1	Corrélation de Pearson	,746
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	80
م2	Corrélation de Pearson	,792
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	80
الجودة	Corrélation de Pearson	,826
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	80
التكاليف	Corrélation de Pearson	,609

	Sig. (bilatérale)	,000
	N	80
الاستمرارية	Corrélation de Pearson	,586
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	80
م3	Corrélation de Pearson	1
	Sig. (bilatérale)	
	N	80

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT م1

/METHOD=ENTER الجودة.

Régression

Variables introduites/éliminées

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	الجودة	.	Introduire

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,792	,627	,622	,40702

ANOVA

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	21,722	1	21,722	131,123	,000
	Résidus	12,922	78	,166		
	Total	34,644	79			

Coefficients

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,124	,287		3,915	,000

الجودة	,772	,067	,792	11,451	,000

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT 1م

/METHOD=ENTER التكاليف.

Variables introduites/éliminées

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	التكاليف	.	Introduire

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,783	,613	,608	,41478

ANOVA

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	21,224	1	21,224	123,366	,000
	Résidus	13,419	78	,172		
	Total	34,644	79			

Coefficients

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	2,277	,194		11,723	,000
	التكاليف	,538	,048	,783	11,107	,000

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT 1م

/METHOD=ENTER الاستمرارية.

Variables introduites/éliminées

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	الاستمرارية	.	Introduire

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,730	,533	,527	,45522

ANOVA

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	18,480	1	18,480	89,179	,000
	Résidus	16,164	78	,207		
	Total	34,644	79			

Coefficients

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	1,820	,275		6,621	,000
	الاستمرارية	,602	,064	,730	9,443	,000

جدول المحتويات

جدول المحتويات

الموضوع	الصفحة
الشكر والتقدير	I
الإهداء	II , III
الفهرس	IV
قائمة الجداول	V
قائمة الأشكال	VI
قائمة الملاحق	VIII
المقدمة العامة	أ-ح
الفصل الأول: النمط التعاقدي كآلية جديدة لتحسين النظام التعاقدي	2
المبحث الأول: تقديم مفاهيم الخدمات الصحية والنظام الصحي	3
المطلب الأول: ماهية الخدمات الصحية	3
المطلب الثاني: جودة الخدمات الصحية	7
المطلب الثالث: تمويل النظام الصحي	10
المبحث الثاني: النمط التعاقدي	15
المطلب الأول: الأسس المفاهمية والنظرية للنمط التعاقدي	15
المطلب الثاني: التعاقد الاستشفائي	24
المطلب الثالث: التعاقد الاستشفائي في الجزائر	27
خلاصة الفصل	36
الفصل الثاني: العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية الخاصة وهيئات الضمان الاجتماعي	37
المبحث الأول: تقديم القطاع الصحي الخاص	39
المطلب الأول: تقديم القطاع الصحي الخاص	39

جدول المحتويات

المطلب الثاني: القطاع الصحي الخاص في الجزائر	42
المطلب الثالث: المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر	45
المبحث الثاني: الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التأمينات الاجتماعية	52
المطلب الأول: الحماية الإجتماعية	52
المطلب الثاني: هيئات الضمان الإجتماعي في الجزائر	55
المطلب الثالث: واقع النظام التعاقدي بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة	70
خلاصة الفصل	77
الفصل الثالث: التعاقد بين صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء ومصحة الشفاء.	78
المبحث الأول: التعريف بمؤسسات الاستقبال	79
المطلب الأول: المؤسسة الاستشفائية الخاصة مصحة الشفاء الطاهير-جيجل-	79
المطلب الثاني: صندوق الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء جيجل	89
المبحث الثاني: الإطار المنهجي للدارسة الميدانية، عرض النتائج وتحليلها	96
المطلب الأول: منهجية الدراسة الميدانية	96
المطلب الثاني: عرض وتحليل نتائج الدراسة وتفسيرها	102
خلاصة الفصل	130
الخاتمة العامة	132
المراجع	136
الملاحق	146
فهرس المحتويات	179
الملخص	181

الملخص:

واجه النمط التعاقدي في الجزائر عدة مشـاكل وعراقيل لم تسـمح بتطبيقه بالشـكل المطلوب في القطاع العمومي، وعلى عكس من ذلك فقد لقي هذا النمط نجاحه في القطاع الخاص هذا الأخير الذي أصـــبح يحتل مكانة معتبرة في النظام الصـحي الجزائري ورافق ذلك تزايد في كمية و نوعية الخدمات الصـحية المقدمة في هذا القطاع، فكان من الضـــروري فتح التعاقد أمامه بهدف تغطية هذه الخدمات المقدمة و تحســـين ظروف التكفل للفئة المؤمنة اجتماعيا وتخفيف المصـاريف العلاجية لهم أو إعفائهم منها كليا، وهذا في إطار إسـناد القطاع العمومي و تحقيق التعاون والتكامل في بعض الخدمات الصـحية المتخصـصـة خاصـة أمام عجز الدولة عن تحملها لكل الخدمات الصحية، ويتم هذا عن طريق عقد اتفاقيات بين هيئة الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل ببعض التخصصات وهي أمراض القلب والشرايين، أمراض الكلى، الولادة للفئة المؤمنة اجتماعيا ، وفي هذا العمل قمنا بدراسة حالة التعاقد للتكفل بعمليات الولادة.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصـــحية، التعاقد، الضـــمان الاجتماعي، القطاع الصـــحي الخاص، التأمين على الولادة.

Résumé :

Le modèle de contractualisation a affronté beaucoup de problèmes et diverses entraves lors de son application au secteur publique en Algérie ; Mais au contraire ; il est tout à fait réussi au secteur privé. Ce dernier ; il occupe une place considérable dans le système de santé algérien ce qui a engendré une augmentation des services de ce secteur ; c'est pourquoi ; il était nécessaire d'ouvrir la contractualisation au niveau de secteur privé pour but de couvrir ces services effectués et améliorer les conditions de prise en charge pour les assurés sociaux et alléger les dépenses de soin ou les exonérer complétement et cela dans le cadre de concrétiser une bonne complémentarité entre les deux secteurs de sante ; cela se fait en concluent des conventionnements entre les organismes d'assurance sociale et les établissements hospitaliers privés pour la prise en charge de certaines spécialités tel que : les maladies cardio _vasculaires ; maladies de reins ; accouchements …….

Et dans notre étude ; nous avons étudié le cas de la contractualisation pour la prise en charge des accouchements.

Mots clés : Les services de santé ; La contractualisation ; l'assurance sociale ; Le secteur privé de santé ; l'assurance d'accouchement.