

## التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي: شروط وصعوبات تطبيق النظام التعاقدى لتمويل المستشفيات العمومية الجزائرية

### Pricing based on real activity: conditions and difficulties in applying the contractual system for financing Algerian public hospitals

أ.د. سنوسي زوليخة	ط.د. بن جمعة محمد*
مخبر الصناعة، التطوير التنظيمي للمؤسسات والإبداع، جامعة الجيلالي بونعامة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية و علوم التسيير، الجزائر z.snoussi@univ-dbk.m.dz	مخبر الصناعة، التطوير التنظيمي للمؤسسات والإبداع، جامعة الجيلالي بونعامة، كلية العلوم الاقتصادية و العلوم التجارية و علوم التسيير، الجزائر m.bendjemmaa@univ-dbk.m.dz

تاريخ القبول: 2023/04/26

تاريخ الاستلام: 2023/01/08

#### ملخص:

لقد عملت الدولة الجزائرية على تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين بالمستشفيات بتوفير كل الإمكانيات و تبني سياسة مجانية العلاج، ولكن مع ارتفاع تكاليف العلاج و محدودية موارد المستشفيات و قدرات تمويل الضمان الاجتماعي الضعيفة، قدّمت الدولة مشروع نظام التعاقد كآلية تمويل فعالة في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة، غير أنّ هذا النظام لم يعمّم على كامل المستشفيات الجزائرية نظرا لعدم توفر الآليات المناسبة لتنفيذه. حيث تهدف هذه الورقة البحثية إلى دراسة التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي كآلية لتمويل المستشفيات مع إلقاء الضوء على شروط وصعوبات تطبيق هذا النظام في مستشفياتنا العمومية و محاولة تقديم بعض الحلول من أجل تطبيق التسعيرة على أساس النشاط في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

الكلمات المفتاحية: التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي، نظام التعاقد، تمويل المستشفيات، الجزائر.

تصنيف JEL: H51.118

#### Abstract:

The Algerian state has worked to improve the health services provided to citizens in hospitals by providing all possibilities and adopting a free treatment policy, but with high treatment costs, limited hospital resources, and weak social security funding capacities, the state submitted the draft contracting system as an effective financing mechanism under difficult economic conditions. However, the system has not been disseminated to all Algerian hospitals owing to the lack of adequate mechanisms for its implementation. This paper aims to study

\* المؤلف المرسل: بن جمعة محمد

pricing based on real activity as a mechanism for financing hospitals while highlighting the conditions and difficulties of applying this system in our public hospitals and trying to provide some solutions for applying pricing based on activity in Algerian hospital institutions.

**Keywords: pricing based on real activity, contracting system, hospital financing, Algeria**

**Jel Classification Codes: H51, I18**

I. تمهيد:

. لقد اعتمدت الجزائر بداية سنة 1974 على مجانية العلاج، وذلك نظرا للظروف الاقتصادية الصعبة التي ورثتها في تلك الفترة، من ضعف المستوى المعيشي للمواطنين، وقلة الهياكل الصحية، وكذا قلة وضعف الموارد الطبية البشرية و المادية و هجرة الطاقم الطبي المستعمر إلى بلدانهم. إلا أنّ نجاح مجانية العلاج سرعان ما تراجع و أظهر عدّة سلبيات على النظام الصحي الجزائري، بحيث بدأت تتزايد النفقات أكثر من الموارد المخصصة من طرف الدولة نظرا للزيادة السكانية الكثيفة، وكذا التطور العلمي و الطبي ما نجم عنه ظهور أمراض و أوبئة و استحداث أساليب و وسائل تشخيص حديثة مرتفعة الثمن. الأمر الذي ولد ضغوطات كبيرة و متزايدة على المستشفيات، هذه الأخيرة لم تعد قادرة على الاستجابة لاحتياجات المرضى. وبغية التقليل من حدّة هذه المشاكل، لجأت الدولة إلى تبني سياسة إصلاح جديدة تتمثل في النظام التعاقدى مع وزارة الصحة و هيئات الضمان الاجتماعي، هذا النظام الذي من شأنه مراقبة المصاريف و التكاليف، و تحقيق التوازن بين المستشفيات العمومية. ولكن منذ بداية العمل بهذا النظام عام 2010 لم يتم تعميمه على كامل المستشفيات العمومية نتيجة الإهمال و اللامبالاة من طرف القائمين على القطاع، الأمر الذي يستدعي الإسراع في تفعيل هذا النظام من أجل إصلاح المستشفيات العمومية الجزائرية.

و تعتبر التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي آلية تمويل فعال و ملائمة للمستشفيات باعتبار هذا الأخير يقدم خدمات متنوعة و معقدة، بحيث تضمن شفافية أكبر في تمويل الخدمات الصحية بربط عملية التمويل بإنتاج الخدمات و التحكم في التكاليف، ويتم من خلالها دفع نفس السعر لنفس الخدمة لجميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

و عليه، يدفعا هذا ل طرح الإشكالية التالية: كيف يمكن أن تساهم التسعيرة على أساس النشاط

الحقيقي في تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية ؟

تهدف هذه الدراسة لتناول مجموعة من النقاط و المتمثلة في ما يلي :

- التعرف على مصادر وطرق تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية؛
- إبراز دور النظام التعاقدى في تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية؛
- دراسة دور التسعيرة على أساس النشاط كآلية من آليات تمويل المستشفيات.

## II. ماهية المستشفيات العمومية الجزائرية

إنّ للمستشفيات أهمية بالغة في حياة الأفراد نظرا لما تقدمه من خدمات صحية متنوعة، كما تؤدي وظائف عديدة وهذا حسب اختلاف أصنافها وأنواعها، فهي تعتبر من مقومات اقتصاديات الدول لدورها في المحافظة على صحة الأفراد وترقيتها.

### أولاً: تعريف المستشفيات

عرّفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American hospital association) المستشفى بأنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للنوم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج للأزمن للمرضى" (بحدادة، 2012، ص40).

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرّفته بأنه "ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الصحي ووظيفته توفير العناية الصحية لجميع أفراد المجتمع سواء كانت علاجية أو وقائية، وأنّ المستشفى يكون مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركزاً للأبحاث الطبية والاجتماعية، فضلاً عن كونه مركز لإعادة تأهيل المرضى الراقدين وكذلك المراجعين للعيادة الخارجية" (كاوجة ورفاع، 2015، ص104).

### ثانياً: وظائف المستشفيات

للمستشفيات وظائف مختلفة نظراً لاختلاف أهدافها وأصنافها، إلا أنه توجد وظائف أساسية تشترك فيها أغلب المستشفيات نذكر أهمها فيما يلي: (العلواني عديلة، 2019، ص ص 120-119)

#### 1. الوظيفة السوسيو اقتصادية

إنّ الوظيفة الأساسية للمستشفى هي تقديم خدمات طبية ذات جودة عالية وبدون قائمة انتظار، كما يقوم المستشفى في نفس الوقت بمهام التعليم والبحث لإنجاز الخدمات الصحية الأخرى. من جهة أخرى المستشفى مدمج في وسط سوسيو اقتصادي و سياسي محلي يمارس وظائف اقتصادية أساسية وتساهم نشاطاته في تنشيط المحيط الاجتماعي.

#### 2. الاستشفاء

الوظيفة الأساسية للمستشفى هي التكفل بالمرضى ليلاً نهاراً، حيث لوحظ انخفاض كبير في عدد الأسرة في المستشفيات، حيث أصبح المرضى يتلقون علاجاً مكثفاً خلال فترة قصيرة جداً، وحتى الإقامة في حالات الأمراض الدقيقة انخفضت بشكل معتبر، وهو ما كشفت عنه جائحة كورونا حيث فاقت عدد حالات الإصابة أضعاف القدرة الاستيعابية للمستشفيات.

#### 3. العلاجات التنقلية

و تتمثل في مجموعة من النشاطات التي تحتوي على خدمات الاستعجالات وفحوصات الأطباء المتخصصين، والخدمات الخاصة بالمعالجة الكيميائية وتصفية الكلى والجراحة المتنقلة "جراحة النهار".

#### 4. الوظيفة البحثية

من خلال ما تحتويه المستشفيات من مخابر و أجهزة وسجلات طبية و تنوع الحالات المرضية فهي تكون بيئة مساعدة لإجراء دراسات وبحوث طبية مختلفة في شتى مجالات التشخيص و العلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى، من خلال تحديد معدلات حدوث و انتشار الأمراض المختلفة و تقييم فعالية الأدوية في علاجها (بن فرحات، 2017-2018، ص. 33).

#### ثالثا: تصنيف المستشفيات العمومية في النظام الصحي الجزائري

عرفت المستشفيات العمومية الجزائرية عدة تطورات، بدايتا بمرحلة ما بعد الاستقلال أين قامت الدولة بإعادة نشاط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار و إلحاق الوحدات الصحية بالمستشفيات، كما قامت بمضاعفة بناء المستشفيات و المراكز الصحية و ذلك ببناء المراكز الجامعية.

#### 1. المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU)

هي مؤسسة إستشفائية ذات طبيعة خاصة تمّ إنشائها بقرار مشترك بين وزير الصحة الذي يكلف بالمهام الإدارية، و وزير التعليم العالي و البحث العلمي هذا الأخير الذي يكلف بالمهام البيداغوجية ، ويقوم بتسييره مجلس إدارة. تتمثل مهامه فيما يلي: (سنوسي، 2010، ص. 108)

- التشخيص والعلاج و الاستشفاء و الاستعجالات الطبية و الجراحية و الوقاية، كما تقدم خدمات للمواطنين القريبين منها الذين لا تغطيهم المراكز الصحية؛
- تعتبر مركز لتكوين و تدريب الطاقم الطبي و الشبه طبي؛
- يقوم بمهام البحث العلمي و الدراسات في ميدان العلوم الصحية.

#### 2. المؤسسات الإستشفائية المتخصصة (EHS)

هي مؤسسات تنشأ باقتراح من وزير الصحة بعد استشارة الوالي الذي توضع تحت وصايته و تتشكل من هيكل واحد أو عدّة هياكل متخصصة في أمراض معينة كأمراض العيون، أمراض التوليد و النساء. يديرها مجلس الإدارة و يسيرها مدير ولديها مجلس طبي استشاري، و أغلبها متواجد بالمدن الكبرى الشمالية. من مهامها ما يلي: (سنوسي، 2010، ص. 108)

- التشخيص و الوقاية، العلاج ، إعادة التكييف و الإستشفاء؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة و تحسين مستواهم؛
- تطبيق البرامج الوطنية و الجهوية للصحة؛

#### 3. المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوالي. تتكون من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تغطي سكان بلدية

واحدة أو مجموعة من البلديات، و تتحدّد المشتملات المادية لها بقرار من الوزير المكلف بالصحة و تتولى المهام التالية: (الجريدة الرسمية، 2007 العدد 33 ، ص. 10)

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي؛
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الأفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم؛
- يمكن استخدامها ميدانا للتكوين الطبي و الشبه طبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

#### 4. المؤسسة الاستشفائية الجامعية (EPU)

هي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص تقوم بمهام صحية كالتشخيص و العلاج و الوقاية، و تطبيق برامج الصحة الوطنية و حماية المحيط في ميدان النظافة و الوقاية و الصحة... إلخ ، و تتعاون مع مؤسسات التعليم العالي من أجل ضمان التكوين المتدرج و ما بعد التدرج في علوم الطب و المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة ، كما تقوم بأعمال الدراسة و البحث في ميدان العلوم الصحية و تنظيم المنتقيات و الندوات العلمية و الأيام الدراسية.

#### 5. المؤسسات الاستشفائية (EH)

هي مؤسسات تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي ذات تسيير خاص. الموظفون الذين ينتمون إليها لا يخضعون لقوانين الوظيف العمومي، حيث يخضعون للقانون 90-11 المتعلق بعلاقات العمل و كذا للاتفاقية الجماعية للعمل المبرمة بين مختلف النقابات الممثلة للعمال و الإدارة العليا للمؤسسة و التي تحدّد مختلف الواجبات و الحقوق لمختلف أسلاك العمال و تخضع لرقابة محافظ الحسابات ما يدل على وجود نوع من الاستقلالية و الحرية في مجال تسيير النفقات العامة للمؤسسة. (عبد الكريم و تناح، 2019، ص.392)

من خلال الجدول رقم 01 نلاحظ ارتفاع عدد المستشفيات و ارتفاع معه عدد الأسرة، فمثلا المؤسسات الاستشفائية العمومية ارتفع عدد الأسرة فيها من 38305 سنة 2015 إلى 40322 سنة 2017 و بالتالي ارتفاع النفقات الصحة و زيادة تكاليف تمويل هذه المستشفيات.

الجدول 1: تطور عدد المستشفيات العمومية الجزائرية خلال الفترة 2015-2017

2017		2016		2015		
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
40322	205	38407	200	38305	200	المؤسسة الاستشفائية العمومية
1354	09	1324	09	960	09	المؤسسة الاستشفائية
12799	15	12910	15	13050	15	مراكز استشفائية جامعية

869	01	8018	01	810	01	مؤسسة استشفائية جامعية
11818	77	11725	75	11637	75	مؤسسة استشفائية متخصصة

### المصدر: قشي، 2021، ص.456.

كما نلاحظ أن المؤسسات الاستشفائية العمومية تغطي أغلب ولايات الوطن ومعظم دوائرها ب 205 مؤسسة سنة 2017 ، ثم تلها المؤسسات الاستشفائية المتخصصة ب 77 مؤسسة سنة 2017 مختصة بمعالجة الأمراض المزمنة و المستعصية التي تحتاج تدخلات دقيقة حيث يتدرج إليها المرضى في حالات عدم قدرة المؤسسات الاستشفائية العمومية من معالجة بعض الأمراض، في حين المراكز الاستشفائية الجامعية ب 15 مؤسسة و تغطي اغلب الولايات الشمالية والداخلية دورها العلاج و التكوين الميداني لطلبة الطب و الشبه الطبي، كما توجد 09 مؤسسات استشفائية على مستوى المدن الكبرى لتخفيف الضغط على المستشفيات و استقبال المرضى من كافة جهات الوطن، في حين يوجد مركز استشفائي جامعي واحد يجمع بين العلاج و التكوين الطبي.

### III. تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية

إنّ الاهتمام بتمويل المستشفيات العمومية يعتبر من أولويات المشرفين على هذا القطاع ما أوجب على الدولة البحث عن مصادر متعددة لتغطية النفقات الصحية المتزايدة.

#### أولاً: مصادر تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية

إنّ تمويل الأنظمة الصحية يختلف من بلد لآخر وهذا حسب طبيعة و سياسة البلد حيث توجد طرق تمويل أنظمة صحية مثالية حققت أهدافها، بينما تعتمد بعض الأنظمة على طرق تمويل عاجزة على تحقيق أهدافها و النظام الجزائري كغيره من الأنظمة لديه سياسة تمويل خاصة نبرزها كما يلي:

#### 1. الدولة

بعد الاستقلال كان تمويل نفقات الصحة يعتمد على مساهمة الدولة و الجماعات المحلية بنسبة 60% من إجمالي النفقات الصحية، وكانت مخصصة لتمويل تكاليف الفقراء و المعوزين و ذوي الدخل الضعيف ، وكانت تحسب على أساس سعر يومي يحدّد سنويا، و هذه النفقات ممولة من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85% و من طرف صندوق التضامن للدوائر و البلديات لحساب الجماعات المحلية بنسبة 15% (خلاصي، 2020، ص.140).

وفي سنة 1974 صدر قانون المالية المتضمن مجانية العلاج الذي يتّص على تمويل الدولة للقطاع الصحي، و تطبيقا لها صدر المرسوم رقم 74-57 المتضمن توازن و كفاءات تمويل الميزانيات المستقلة للقطاعات الصحية ، و واصلت الدولة في تمويل المستشفيات و يتجلى ذلك في قوانين المالية السنوية إلى غاية سنة 1983 ثم انقطعت مساهمة الدولة بعد ذلك في تمويل ميزانيات المستشفيات العمومية، حتى غاية قانون المالية لسنة 1995 المادة 4/132 التي نصّت على تخصيص مساهمة الدولة الموجبة للمؤسسات العمومية للصحية " تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و الخدمات

الطبية المقدمة للمحرومين غير مؤمنين اجتماعياً". أما بخصوص ميزانية المستشفيات العمومية فلا تتضمن إلا ميزانية التسيير أما ميزانية التجهيز فتتولى الدولة برامج الاستثمار و تجهيز المستشفيات (نوري، 2014، ص ص 43-44).

## 2. الضمان الاجتماعي

يقوم الضمان الاجتماعي بدور هام في التمويل من خلال إعادة توزيع الدخل و تحقيق نوع من العدالة الاجتماعية بصفة عامة، فالاقتصاد الوطني يفقد توازنه و يتأثر بكل خلل يصيب هيئات الضمان الاجتماعي. مرّ الضمان الاجتماعي بمرحلتين: (عيساوي، 2005، ص. 110)

■ قبل عام 1983 كانت هناك عدّة هيئات للضمان الاجتماعي، من بينها النظام العام الرئيسي الذي ينقسم لثلاثة صناديق جهوية، يتحمل التكاليف الصحية للأشخاص المؤمنين حسب الفعل المقدم من أمراض، أمومة، حوادث عمل أو إعاقة. حيث ساهم الضمان الاجتماعي بحجم مهم في ميزانية القطاعات الصحية بعد عام 1974 بعد قرار وزارة المالية. كما كان هناك نظام تأمين خاص بالمهاجرين وذوي الحقوق الذي يسير بالاشتراك مع المنظومة الصحية الفرنسية للضمان الاجتماعي، بالإضافة لوجود تأمين خاصة تخص بعض القطاعات كالسكك الحديدية و المناجم.

■ بعد عام 1983 أُجريت عدّة إصلاحات نتجت عنها هيئة تأمين موحدة لكل عمال القطاع العام باستثناء المنتسبين للقطاع العسكري و التعاضديات الفلاحية، وتمّ دمج التأمينات الاجتماعية الخاصة بحوادث العمل و الأمراض المهنية في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل. وابتداء من سنة 1992 تمّ توحيد نظام الاشتراك لكل العملاء الأجراء تحت اسم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS).

قبل تطبيق الصيغة التعاقدية و لوقت طويل تمّ تطبيق المبلغ المالي الجزافي، المتمثل في مبلغ مالي يتم تحديده حسب كل منطقة تتواجد فيها مؤسسة استشفائية، حيث لا تخضع لتطبيق الأساليب الكمية في تقدير هذه الاحتياجات. ما يميز المبلغ الجزافي أنّ تطوره مُتسارع لعدم دراسة أسباب الفروق بسب استبعاد الطرق الكمية الاقتصادية لتحديد ذلك، ما يؤدي إلى الإسراف في تسيير ميزانية بعض المؤسسات الاستشفائية، ما يهدد ميزانية الضمان الاجتماعي (على دحمان، 2017، ص. 184).

كما تمثل جزافية المستشفيات جزء هام من ميزانية الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي العمومي، لكن ضعف الخدمات المقدمة للمواطنين جعلتهم يلجؤون للقطاع الخاص وهذا ما جعل الضمان الاجتماعي يمول المؤسسات العمومية من جهة و تعويض المؤمنين أمام القطاع الخاص من جهة أخرى، حيث كانت جزافية المستشفيات سنة 1990 تمثل 35% من نفقات الضمان الاجتماعي و ارتفعت سنة 2005 إلى 55 مليار دج لترتفع سنة 2013 إلى 57 مليار دج. (قليل، 2015، ص. 81).

## الجدول 2: تطور نفقات الضمان الاجتماعي للعمال للأجراء والغير أجراء (2015-2018)

الوحدة: مليون دج

2018	2017	2016	2015	
467988	435227	400553	395395	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
59463	55111	50346	42803	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء

### المصدر: الديون الوطني للإحصائيات الجزائرية بالأرقام نتائج 2016-2018 (14/10/2022)

من خلال الجدول رقم 02 نلاحظ ارتفاع مساهمة التأمينات الاجتماعية في نفقات الصحة حيث ارتفعت من 395395 مليون دج سنة 2015 لتصل إلى 467988 مليون دج سنة 2018 بالنسبة للعمال الأجراء و كذا ارتفاع نفقات تأمين العمال الغير الأجراء من 42803 مليون دج سنة 2015 لترتفع إلى 59563 مليون دج سنة 2018 ما يعني تطور عدد المؤمنين اجتماعيا و ارتفاع نفقات الصحة معهم.

### 3. الأفراد

يتمّ تحصيل مساهمات الأفراد من خلال الرسوم المدفوعة مباشرة من طرفهم، متمثلة في تعريفات محددة لخدمات الرعاية الصحية سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص و في بعض المرات تضاف مساهمات الجمعيات الخيرية و المجتمع المدني.

بعد الاستقلال كانت مساهمة بعض الفئات من المرضى من ذوي المهن الحرة، الحرفيون، المزارعون والتجار بنسبة 10% من إجمالي نفقات الصحة، وبالرغم من إحداث مجانية العلاج سنة 1974 إلا أنه كانت مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية، كما كانت العلاجات الطبية تقدم مجانا حتى للأجانب، إلا أنه صدرت تعليمة سنة 1984 تفرض على المواطنين دفع بعض تكاليف العلاج و الفحوصات الطبية (خلاصي، 2017، ص.206).

### الجدول 3: نسبة مساهمة الأفراد في نفقات الصحة الوطنية من سنة 2010 إلى سنة 2019

النسبة %	السنوات	النسبة %	السنوات
28.21	2015	28.88	2010
30.88	2016	27.87	2011
32.54	2017	25.72	2012
32.63	2018	27.56	2013
33.44	2019	26.66	2014

Source : <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=DZ-FR-GB> (14/10/2022)

نلاحظ من الجدول رقم 03 ارتفاع نفقات الصحة الوطنية التي يتحملها المرضى حيث بلغت سنة 2010 نسبة 28.88% لتتخفض سنتي 2012 و 2014 بـ 25.72% و 26.66% على التوالي، لترتفع تدريجيا خلال السنوات الخمس الأخيرة لتصل 33.44 سنة 2019 % وهي أعلى نسبة من فرنسا بـ 9.26% و



بريطانيا 17.07% ، بينما تعتبر أحسن نسبة سنة 2019 بين دول الجوار كالمغرب بـ 46% و تونس بـ 39.94% حسب إحصائيات البنك الدولي .

#### الجدول 04: تطور مصادر تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية (2005-2015)

السنوات	الدولة	الضمان الاجتماعي	مصادر اخرى
2005	61.26	34.74	04.00
2006	65.97	31.43	03.60
2007	74.10	24.31	01.59
2008	78.12	19.61	02.27
2009	81.52	17.90	00.58
2010	83.24	16.03	00.73
2011	89.10	09.30	01.60
2012	82.60	11.03	06.37
2013	82.51	13.28	04.21
2014	82.14	15.43	02.43

المصدر: بومعروف و صاولي، 2020 ص. 512.

بالرغم من التزام الدولة بتحقيق تغطية صحية شاملة إلا أننا من خلال الجدول رقم 04 نلاحظ أن مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية تبقى ضعيفة حيث انخفضت من 34.74% سنة 2005 لتصل إلى 11.03% سنة 2012 متراجعة بنسبة كبيرة لضعف ميزانيتها وكذا ارتفاع نفقات تعويض المؤمنين، و يبقى التمويل العمومي القائم على الضرائب و الرسوم و عائدات البترول هو المسيطر بالرغم من انخفاضه في السنوات الأخيرة من 89.10% سنة 2011 ليصل إلى 79.73% سنة 2015 بسبب الأزمة الاقتصادية و تبقى مساهمة المصادر الأخرى كمساهمات المواطنين جد ضعيفة حيث لم تتجاوز أعلاها 6.37% سنة 2012 وهذا راجع لسياسة مجانية العلاج التي تتبناها الدولة.

ثانيا: أسباب عجز نظام تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية و ضرورة التوجه إلى نظام بديل تعتمد المستشفيات العمومية على سياسة التمويل عن طريق النظام الجزائي هذا النظام الذي لم يحقق العدالة في توزيع التكاليف التمويلية على المستفيدين من الخدمة من جهة و لا يمكن تحقيق ترشيد النفقات الاقتصادية من جهة أخرى، كما أنه غير قادر على تحسين و تطوير الخدمات الصحية لضعف التنافسية مع القطاع الخاص و مؤسسات القطاع العام فيما بينها (بن فرحات، 2018، ص 122).

بالرغم من ارتفاع الميزانية المخصصة للقطاع الصحي على المستوى الوطني مقارنة بميزانية القطاعات الأخرى إلا أنها ثابتة تقريبا في كل السنوات، وكذا انخفاض نسبة الناتج المحلي الخام الموجه لقطاع الصحة العمومي وإضافة إلى تضاعف حاجة القطاع للموارد نظرا للتغيرات الصحية كالأزمات و

الأوبئة وزيادة الكثافة السكانية، فأصبح المريض باعتباره المستفيد من الخدمة يتحمل تكاليف علاج القطاع الخاص من إمكانياته الخاصة، بالرغم من الإمكانيات المادية التي توفرها الدولة لهذا القطاع تبقي محدودة وغير كافية لتقديم خدمات طبية عالية و تغطي كافة المرضى (على دحمان، بوقناديل، 2016 ص 81)، هذا ما يستدعي إلى إيجاد طرق تمويل بديلة تغطي كل النفقات الصحية إذ تعتبر التسعيرة على أساس النشاط كآلية من آليات تمويل النظام التعاقدي الفعالة والناجعة في المستشفيات.

#### IV. التسعيرة على أساس الأنشطة الحقيقية كآلية من آليات النظام التعاقدي

تعمل المستشفيات على استمراريتهما وتحقيق أهدافها من خلال الاستعمال الأمثل لمواردها المالية، لذا أصبح من الضروري أن تبحث المستشفيات على أدوات حديثة للتحكم في تسيير هذه الموارد، ولعل أهم هذه الأدوات هو النظام التعاقدي الذي يعتبر أحد أهم الأدوات لتمويل نفقات الصحة المتزايدة، ولتسيير أمثل للنظام التعاقدي تعتبر التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي كآلية حديثة لترشيد التكاليف و التحكم في التمويل.

##### أولاً: النظام التعاقدي

إنّ المشاكل التي تشهدها المستشفيات العمومية الجزائرية من عجز في التمويل أوجب تقديم حلول للتحكم في النفقات، إذ يعتبر النظام التعاقد نمط كفيل لتمويل المستشفيات و تقديم خدمات طبية في المستوي.

##### 1. ماهية النظام التعاقدي

نظام التعاقد هو نظام بديل لتمويل المؤسسات الصحية جاء نتيجة الأزمة الاقتصادية التي عانت منها الجزائر، نظرا لمخلفات انهيار أسعار البترول ابتداء من سنة 1986 و المشاكل المالية التي واجهتها الدولة في تمويل الخدمات الصحية وكذا زيادة التعداد السكاني المتواصل و تنوع حاجاتهم الصحية (هشام و نتاح، 2019، ص 397).

##### 1.1. تعريف النظام التعاقدي

تعرف منظمة العالمية للصحة النمط التعاقدي بأنه "عقد بين كيانين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولاً ببعض الأشياء" (خلاصي، 2020، ص 145).

ومن هذا المنطلق يعرف النظام التعاقدي بقطاع الصحة على أنه إبرام المؤسسة الصحية مع ممولها عقد لأداء الخدمات و القيام بالعناية مقابل تعويض مجموع التكاليف المستعملة ماليا لتقديم الخدمات (على دحمان، 2017، ص 196).

##### 2.1. اهداف النظام التعاقدي

يهدف النمط التعاقدي إلى تحقيق مجموعة من الأهداف نذكرها كالآتي :

- الشفافية : حيث يفرض النظام التعاقدي شفافية أكبر بين مقدمي المال ( هيئات الضمان الاجتماعي ) وبين مقدمي العلاج ( الهيئات و المستشفيات الصحية ) ، فتمتكن هيئات الضمان الاجتماعي من

التعرف على المستوى الكمي و النوعي للخدمات الطبية و الصحية المقدمة للمؤمنين (العباسي، 2018، الصفحة غير مذكورة).

■ **التحكم في النفقات** : من أهم المشاكل التي تعاني منها المستشفيات هو التسيير العشوائي للموارد المالية ، فالنظام التعاقدى كفيل بتحقيق نظام مالي و محاسبي دقيق لمراقبة هذه الأموال و تفادي العشوائية في تسيير هذه الأموال، فيجب على المؤسسات الاستشفائية تحقيق أهدافها المسطرة بأقل تكاليف ممكنة.

■ **التسيير الإستراتيجي للموارد البشرية** : من أجل نجاح النظام التعاقدى و يجب توفير الموارد البشرية التي تتأقلم مع هذا التغيير و الاستجابة لتحولاته ، ولا يمكن ذلك إلا من خلال التكوين عالي المستوى و المستمر للطواقم الإداري و الطبي و إيجاد الكفاءات التي من شأنها تحقيق الأهداف و ذلك من خلال : (بن الشيخ و الدراجي، 2018، ص.ص 15-16)

- تحديث مكتب الدخول من خلال إعادة هيكلته وفق طرق تنظيمية و تسيير حديثة؛

- وضع خطط عمل تمكن الطواقم الطبية والشبه طبية بالانسجام مع طريقة تسجيل كل خدمة مقدمة للمريض؛

- توفير مكتب لممثلي الضمان الاجتماعي و النشاط الاجتماعي ، لتسهيل التحقق من انتساب المريض لهاتين الهيئتين، و إتمام إجراءات التعاقد و التأكد من جودة الخدمة المقدمة؛

■ **تحسن نوعية العلاج** : من بين ميزات النظام التعاقدى أنه يفرض على المؤسسات الاستشفائية تقديم أفضل الخدمات العلاجية ذات جودة عالية للمريض المستفيد من الخدمة باعتباره أحد أطراف العملية التعاقدية و ذلك من خلال : (بن الشيخ و الدراجي، 2018، ص ص 14-16)

- حسن المعاملة في الاستقبال والتوجيه؛

- الاتصال بالمرضى بمختلف الطرق و تقديم عرض مفصل لوضعيتهم الطبية، وإسهامهم في المهمة التي تقوم بها المؤسسات الاستشفائية؛

- تحقيق أفضل نوعية للخدمات المقدمة بأقل التكاليف، بالتركيز على الجانب النوعي و ليس الكمي؛

- ترتيب و إعادة ربط العلاقات مع المجتمع لكسب ثقة المرضى و إقناعهم.

■ **التحكم في النظام الصحي** : إن نظام التعاقد يساعد الدولة في تحديث النظام الصحي و إعادة هيكلته و وضع حد للصعوبات والمشاكل الموجودة بين القطاعين العام والخاص و هذا من خلال إيجاد أساليب و طرق تسمح بإدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية. ( خروبي، 2011، ص 89).

■ **احترام مبدأ تدرج العلاج** : تحسين مبدأ التدرج في العلاج ذلك من خلال الفصل بين كل ما هو علاجي عن ما هو وقائي، و بالتالي تتكفل المستشفيات العمومية بالنشاطات العلاجية و الاستشفائية، حيث في

النظام الصحي الحالي يتوجه المرضى مباشرة إلى المستشفيات غير مبالين بقاعات العلاج و العيادات المتعددة الخدمات ( بوشلاغم و شرفي ، 2017، ص24).

■ الكفاءة والفعالية في الأداء: حيث يحقق النظام التعاقدي المتطلبات الضرورية لتقديم الخدمات الطبية بكفاءة وفعالية عالية، من خلال توفير كوادر طبية وشبه طبية، وإدارية متخصصة وبالعدد الكافي لشغل الوظائف الموجودة بالتناسب مع الموارد المادية (المعدات و الأجهزة طبية) المتوفرة لتحقيق كفاءة في الأداء.

## 2. انواع النظام التعاقدي

تميز بين نوعين من التعاقد في المستشفيات، التعاقد الداخلي و التعاقد الخارجي كما يلي:  
(سنوسي، 2010، ص354)

### 1.2. التعاقد الخارجي

هو تسيير عن طريق نظام تقديم الخدمة و المخالصة حيث يكون هذا الأسلوب بديل لأسلوب المساهمة السنوية بمعنى زيادة التمويل يكون بحجم النشاط أي يتحصل المستشفى على اعتماد أكبر كلما قدم خدمات علاجية أكبر للمرضى و بالتالي إحداث جو تنافسي في النوعية و التكلفة.

### 2.2. التعاقد الداخلي

إنّ العمل بالتعاقد الداخلي هو علاقة بين الجانب الإداري و الجانب الطبي من خلال:

- إنشاء مركز للنشاط الطبي ذو كفاءة و ذو مسؤولية طبية؛
- تفويض التسيير لرئيس مركز السلطة أو إمضاء عقد يتعلق بالأهداف و الوسائل بين الإدارة و مسؤولي مركز النشاط الاجتماعي، هذه المراكز على مستوى المصالح تكون ذات مسؤولية تمهد لإدخال المحاسبة التحليلية و التسيير التوقعي للمستخدمين و الكفاءات من أجل النجاعة في استغلال الوسائل و تحسين نوعية الخدمة و التكفل بالمرضى بخطة مسبقة بين الطاقم الطبي و الشبه الطبي و الإداري.

### 3. أطراف عملية التعاقد

ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1993 أنّ أطراف التعاقد لتمويل الصحة العمومية تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة وهي: (بن الشيخ و الدراجي، 2018، ص ص 14-15، بتصرف).

### 1.1.3. الدولة

تعتبر الدولة طرفا في العملية التعاقدية عندما يتعلق الأمر بمرضي محدودي الدخل و غير مؤتمنين اجتماعيا، و كذا نشاطات التكوين ، الوقاية و البحث العلمي. و بهذا تقوم مديريات النشاط الاجتماعي على مستوى كل ولاية بتحديد محدودي الدخل (المعوزين) ، و تقوم هذه الأخيرة بتسليمهم بطاقة المعوز والتي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الإجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية.

### 2.3. صناديق الضمان الاجتماعي

حسب المادة رقم 01 من المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ 04-جانفي 1992 المتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي و التنظيم الإداري والمالي للضمان الاجتماعي المعدل، على أن هيئات الضمان الاجتماعي هي: (الجريدة الرسمية، العدد 02، 1992، ص65)

- الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS):

- الصندوق الوطني للتعاقد (CNR):

- الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS).

وتجدر الإشارة أن صناديق الضمان الاجتماعي تكون طرفا في العملية التعاقدية عندما يتعلق الأمر بالمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق.

### 3.3. صاحب الخدمة

يمثل صاحب الخدمة في الهيئات الصحية المقدمة للخدمات الطبية، وحسب ما ورد في المرسوم 101/04 المؤرخ في 01 أبريل 2004 فإن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق الذي تم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية.

### 4.3. المستفيدون من الخدمة

و هم المرضى المعالجون بالمؤسسات الاستشفائية الصحية العمومية و الخاصة الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد الزبائن، حيث يكونوا ملزمين بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمون إليها سواء فئة المعوزين (الذين تتكفل بهم الدولة كليا)، وفئة المؤمن (تغطي مصالح الضمان الاجتماعي بـ80% من التكاليف الاستشفائية)، و تتحمل فئة الغير مؤمنين مصاريفهم الاستشفائية كلية.

### ثانيا: التسعيرة على أساس النشاط T2A

مع ارتفاع تكاليف المستشفيات و عدم قدرتها على تحمل كل الأعباء و في ظل ضعف التمويل من طرف الدولة كان لزاما إيجاد طريقة تمويل تتحمل هذه التكاليف و تتفادى الأعباء الزائدة حيث تعتبر التسعيرة على أساس النشاط طريقة تمويل حقيقية ترتبط مباشرة بالخدمات الصحية.

### 1. ماهية التسعيرة على أساس النشاط T2A

### 1.1. تعريف التسعيرة على أساس النشاط T2A

هو نظام تمويل المؤسسات الصحية الذي يجمع بين الدفع و النشاط الحقيقي و يحكمه عنصران أساسيان هما: (Or, 2009, p03)

- أولا: يوصف نشاط المستشفى من خلال مجموعة متجانسة من المرضى (Groupes Homogènes (GHM de Malades

- ثانيا: يتم تحديد أسعار المجموعة المتجانسة من المرضى مسبقا (الدفع المحتمل)

ويعرف T2A كذلك على أنه طريقة تمويل مؤسسات الرعاية الصحية يعتمد على قياس و تقييم النشاط الفعال للمؤسسات الصحية و الذي يحدد الموارد المخصصة، و يعتبر أسلوبا فريدا لتمويل أنشطة الطب ، و الجراحة، التوليد وطب الأسنان للمؤسسات الصحية العمومية و الخاصة ، و يجري توسيعه ليشمل المتابعة الطبية و الرعاية التأهيلية و طب النفس ..إلخ (https://www.vie-publique.fr)

### 1.2. أهداف التسعيرة على أساس النشاط T2A

للتسعيرة على أساس النشاط عدة أهداف نذكر أهمها ما يلي : (Or,2009, p05)

- التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي تضمن الشفافية أكبر في تمويل الرعاية الصحية من خلال ربط التمويل مباشرة بالرعاية الصحية، كما تعتبر آلية تمويل عادلة حيث تدفع بنفس السعر لنفس الخدمة لجميع مقدمي الخدمات الصحية (المستشفيات).
- تهدف كذلك إلى تحقيق كفاءة المستشفيات فرديا و في السوق ككل، كما أن هذه الأسعار تعكس التكاليف الحقيقية للمستشفيات الأكثر كفاءة.

### 3.2. كيفية تطبيق التسعيرة على أساس النشاط T2A

يتم قياس نشاط المستشفيات من خلال الجمع المنهجي لكمية معينة من المعلومات الإدارية و الطبية للمرضى الموجودين في رعاية صحية قصيرة الأجل (خلال الوقت الحالي) ، ويتم جمع هذه المعلومات من خلال برنامج نظم المعلومات الطبية (PMSI)، وبناءا على هذه المعلومات يتم تحديد مجموعة متجانسة من المرضى GMH المرتبطة بمجموعة واحدة أو أكثر من المجموعات المتجانسة من الإقامة Groupe(s) Homogène(s) de Séjour (GHS) والتي يتم تطبيق عليها معدل أسعار ثابت كل سنة. (https://www.vie-publique.fr)

و يتم تحديد تلك التركيبات من المجموعات كما يلي : (جبار و بومعراف، 2011، ص 34)

- تصنيف المرضى وفق للفئات الرئيسية للتشخيص للمؤسسة الاستشفائية المعنية، وتقسم الفئات بدورها إلى فئات فرعية للحالات الخطيرة و التي تتطلب تدخلا جراحيا ، وفئات غير جراحية لا تتطلب ذلك.
- تقسم كل فئة بدورها إلى عدة مجموعات حسب درجة استهلاك موارد المستشفى باستعمال معيار فترة الإقامة (GHS) و العمل على أن تكون الفئات متجانسة طبيا، أي تتبع نظاما متجانسا من الخدمات الطبية من خلال المرحلة الأخيرة يتم تحديد الفئات المتجانسة للمرضى (GHM) التي تعبر عن الإنتاج الاستشفائي؛
- يتم حساب تكلفة هذه الفئات بتحميل تكاليف المستشفى عليه، ومنه يمكن حساب تكلفة المريض بقسمة تكاليف كل فئة على عدد المرضى المتواجدين فيها.

## 2. التسعيرة على أساس النشاط T2A في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

مع ارتفاع تكاليف المستشفيات و عدم قدرتها على تحمل كل الأعباء و في ظل ضعف التمويل من طرف الدولة كان لزاما إيجاد طريقة تمويل تغطي هذه التكاليف و تفادي المصاريف الزائدة، حيث تعتبر التسعيرة على أساس النشاط الحقيقي آلية فعالة لتمويل الخدمات الصحية.

1.2. مراحل محاولة تطبيق التسعيرة على أساس النشاط في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية  
بداية فكرة عملية التعاقد كانت سنة 1992 امتثالا لتوصيات البنك الدولي بتكليف وزارة الصحة بهدف مراجعة مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المستشفيات العمومية، أين جاء في قانون المالية لسنة 1993 نظام التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي و المستشفيات العمومية كطريقة تمويل الخدمات الصحية لتعوض طريقة جزافية المستشفيات المعمول به منذ سنة 1993، حيث تم مراجعة طريقة التمويل من خلال شراء خدمات الرعاية الصحية من طرف صندوق الضمان الاجتماعي (Ziani et Ziani, 2021, pp 44-45)

و لإنجاح العلاقة التعاقدية بين المستشفيات العمومية و مولئها تم إنشاء الهيئات التالية: (على

دحمان، 2017، ص ص 207.209)

الهيئة الوزارية : تم إنشاءها بتاريخ 10 أفريل 1996 تتشكل من وزير الصحة و السكان، وزير العمل و الضمان الاجتماعي، وزير المالية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء و مسيري المؤسسات الصحية. في 16 مارس 2002، حددت هذه الهيئة مراحل تنفيذ عملية التعاقد عن طريق تحديد المؤمنین اجتماعيا و ذوي الحقوق لتسهيل دخولهم إلى المستشفيات العمومية و تحديد كيفية و إجراءات عملية التعاقد بالنسبة للضمان الاجتماعي، وتحديد طرق الدفع و ذلك من خلال طريقتين:

- تحديد السعر المتوسط ليوم الاستشفاء

### الجدول 05 : السعر المحدد للدفع حسب التخصص بالدينار

السنوات	مؤسسة استشفائية متخصصة	المركز الاستشفائي الجامعي	القطاع الصحي
الطب	5000	6000	4000
الجراحة	7000	8000	6000
الأمراض العقلية	2500	2000	2000
التخصصات الباهظة	15000	15000	11000
التوليد	7000	7000	7000

المصدر: علي دحمان ، ص ص 207-208.

- التحديد الجزافي حسب نوع المرض: تتمثل في طريقة دفع يتم حسابها على قواعد طبية و معايير

علمية و مهنية و تمر على مرحلتين :

- تشكيل مخطط للتشخيص و العلاج يحدد الأمراض من طرف خبراء كل تخصص؛
  - تقييم اقتصادي للتكلفة لكل مخطط حسب كل تخصص و بالاعتماد على (GAP) من خلال تحديد مدة الإقامة المعيارية لعدة تخصصات ووضع العلاقات التعاقدية حيز التنفيذ.
- الهيئة الولائية: تم إنشاء هيئات على مستوى كل ولاية بقرار وزاري بتاريخ 14 جانفي 2003 تحت إشراف الوالي و تضم مدير الصحة و السكان، مدير النشاط الاجتماعي للولاية، مدراء المؤسسات العمومية للصحة.
- الوكالة الإستشفائية ARH : يسيرها مجلس إدارة متكون من ممثل الإدارة الوصية و ممثل الجماعات المحلية التي يتواجد بها القطاع الصحي إضافة لممثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية.
- الوكالة الوطنية للاعتماد و التقييم الصحي ANAES : عن طريقها يتم التحكم في النفقات العلاجية و من أهم مهامها ما يلي:

- مراقبة و تقييم فرعية الخدمة الصحية و كذا مراقبة تدرج العلاج؛
- توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الاستشفائية؛
- تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة GHM ؛
- إعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها؛
- وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل ووضع سياق للإنتاج.

كما أكد النظام التعاقدى على تحديث مكتب الدخول من حيث التنظيم و التسيير، وكذا استعمال استمارة العلاج التي بها يتم حساب تكاليف علاج المريض و التي على أساسها يتم حساب إيرادات المستشفيات ومراقبة استهلاك الأدوية وغيرها. أما بالنسبة للأنشطة الاستشفائية فيتم حساب متوسط مدة الإقامة DMS ، معدل شغل الأسرة TOL ، معامل التداوي على السرير CRC.(على دحمان، 2017، ص.209).

و بتاريخ 9 سبتمبر 1997 تمّ الاعتماد الرسمي لتكوين مهني الصحة العمومية للقيام بالتجارب في ستة مستشفيات وهي المراكز الاستشفائية الجامعية مصطفى باشا و تيزي وزو، و المؤسسات الاستشفائية القطار و Pierre et Marie-Curie و المؤسسة الاستشفائية المتخصصة ايت ايدير، و القطاع الصحي بالمدينة.

و في سنة 2002 أنشأت وزارة الصحة نظام حساب التكاليف الذي يعتمد على طريقة الأقسام المتجانسة في فئات معينة من المستشفيات، وذلك بتقسيم هياكل المستشفيات إلى فئات ذات أنشطة متماثلة أي التجانس هنا يشير إلى النشاط الكلي للقسم و ليس إلى نوع الخدمات الصحية، ثم تقسيم الأقسام المتجانسة إلى أقسام رئيسية مرتبطة مباشرة بالخدمة التي تشكل النشاط الرئيسي وأقسام مساعدة تتعلق بأنشطة ذات صلة و الأنشطة العامة، و تم تزويد المستشفيات ببرمجيات تقوم بحساب



وتقييم التكاليف بدقة و متابعة تطورها و مقارنتها مع تكاليف خدمات مستشفيات مماثلة (Ziani et Ziani, 2021, pp 47-48)

بداية من سنة 2007 تم تشكيل لجنة لتحديد تسعيرة الخدمات الطبية حيث شملت 8000 حالة ما يمثل زيادة بنسبة 400% في العمليات الطبية و الجراحية و التصوير بالأشعة، كما تم إصدار بطاقة الشفاء الإلكترونية خاصة بالمؤمنين اجتماعيا ، حيث يستفيد أصحاب هذه البطاقات من الرعاية الصحية المجانية عند تقديمها في المستشفيات و أطباء الأسنان و كذا الحصول على الأدوية مجانا من الصيدليات بحيث يتم دفع ما قيمته 20% من قيمة الوصفة الطبية فقط. (Cheurfa et Kaid Talilane, pp 82-86) 2014

بتاريخ 05 ماي 2022 كان آخر إجتماع لوزير الصحة بحضور خبير جزائري مقيم خارج الوطن و اللجنة المكلفة بملف التعاقد بهدف تقييم فريق العمل الذي تم تكليفه و مدى تقدمه في عملية البحث في هذا النظام لإعادة بعثه من جديد الذي واجه عدة صعوبات في التطبيق، و أكد الوزير أنّ هذا النظام سيسمح بتحديد أدوار و صلاحيات كل الفاعلين في قطاع الصحة، و أكد على أهمية الرقمنة في إنشاء النظام التعاقدى ومع إمكانية الشروع في تنفيذه كمرحلة أولى من خلال مشاريع نموذجية في بعض المستشفيات. (<https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie>)

- 2.2. أسباب صعوبة تطبيق التسعيرة على أساس النشاط في المستشفيات العمومية الجزائرية بالرغم من أهمية نظام التسعيرة على أساس النشاط في تمويل المستشفيات إلا أنه لم يتم العمل به لحد الآن وهذا راجع لعدة صعوبات وعراقيل يواجهها في تطبيقه من بينها ما يلي: (خلاصي، 2020، ص156)
- عدم وجود جهات فعالة مستقلة تتوافر على نظام معلومات قوي وشفاف في تقييم الأداء الكمي و النوعي، و انسجام الأدوار و تكاملها ؛
  - إشكالية تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية ، إذ أنّ 30% يمثلون المؤمنين اجتماعيا، و 10% المعوزين ، أما نسبة 60 % فتبقى مجهولة؛
  - عدم تهيئة أرضية المؤسسات الصحية للمشروع باعتبارها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تعتمد على المحاسبة العمومية ، هذه الأخيرة لا تتلاءم مع النظام التعاقدى ؛
  - إلزام مديري المؤسسات الاستشفائية بمجموعة من القواعد القانونية و الإجراءات الروتينية في تنفيذ الميزانية على مستوى مؤسساتهم ممّا يجعل منهم مجرد منفذين لا مسيرين ، ما يجعلهم بعددين عن الإبداع و التسيير الحديث؛
  - عدم الاهتمام بمكتب الدخول إضافة لغياب وعدم ملائمة وسائل التسيير في المؤسسات الاستشفائية العمومية و هيئات الضمان الاجتماعي؛
  - مشاكل تقنية تتعلق بتحديد النظام الأساسي للمريض، حيث يواجه مكتب الدخول عدة عراقيل و صعوبات في تحديد الفئة التي ينتمي إليها المريض؛
  - الإهمال الإداري للعديد من البيانات الخاصة بالمريض و كذا غياب الوثائق المحاسبية؛

- تراجع الأمراض المتنقلة و ارتفاع الغير متنقلة و المكلفة (أمراض السرطان، مرض السكري....)؛(عبد الكريم و تناح، 2019، ص.394)
- قلة الأقسام المتخصصة في الأمراض و أغلبها تعاني من الاكتظاظ ما يعيق جمع الأمراض المتجانسة وإحصائها؛(عبد الكريم و تناح، 2019، ص.394)
- ضعف النظام المحاسبي للمستشفيات خاصة محاسبة التكاليف الاستشفائية؛(عبد الكريم و تناح، 2019، ص.394)
- مشكل مجانية العلاج التي تعتمد عليها السلطات التي لا تسمح بتبني هذا النظام؛(عبد الكريم و تناح، 2019، ص.394)

- ضعف نظام جمع المعلومات الطبية؛(عبد الكريم و تناح، 2019، ص.394)
- التكاليف مركزة و لا توجد معلومات حقيقية من مختلف مستويات النشاطات مما يصعب تقسيم التكاليف الثابتة و المتغيرة؛ (Ziani et Ziani, 2021, pp 48)

### 2.3. الحلول المقترحة لتطبيق التسعيرة على أساس النشاط في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية

- بالرغم من الصعوبات التي تواجه تطبيق نظام التعاقد إلا أنه توجد عدة حلول من أجل تطبيق هذا النظام على أرض الواقع و تعميمه على جميع مستشفيات الجزائر، ولا يمكن ذلك إلا إذا كانت هنالك إرادة سياسية و مراقبة وزارية على مختلف الإدارات و الهيئات الصحية و من بين الحلول المقترحة نذكر:
- التوجه للاستثمار في الهياكل الصحية الخفيفة (العيادات و المراكز الصحية) لأنها أكثر اتصالا و قربا بالمواطن و تكلفتها أقل حيث تخول لهذه الهياكل الصحية الخفيفة مهمة تحقيق البرامج المسطرة من طرف الوزارة كالوقاية ، التلقيح ، حماية الأمومة و الطفولة ، العلاجات الأولية، الخ. فالاهتمام بهذه الهياكل يخفف العبء على المستشفيات لتكون أكثر استعداد و فعالية في تطبيق نظام التعاقد؛
  - الإقتداء بالتجارب الدولية لتطبيق نظام التسعيرة على أساس النشاط ؛
  - التحكم في نفقات و تكاليف المستشفيات من خلال تخصيص و توزيع ملائم للموارد المالية باستعمال تقنيات التسيير المالي و المحاسبي الحديثة؛
  - تكوين إداريين مختصين لتسيير الهياكل الصحية و إعطائهم تعليمات و توضيحات على كيفية سير النظام التعاقدى؛
  - تحديد الفئات المستفيدة من هذا النظام، حيث تقوم الدولة بإحصاء فئة المعوزين، و الضمان الاجتماعي يهتم بفئة المؤمنین اجتماعيا كالموظفين و ذوي المهن من أجل وضع تسعيرة مختلفة حسب الدخل ليكون اختلاف في دفع التكاليف مثلا بين الموظفين و التجار و المحامين.... إلخ؛
  - رقمنة النظام التعاقدى لمراقبته إلكترونيا و معرفة مدى تطبيقه و إحصاء مداخيل و نفقات المستشفيات بدقة ؛

- تشجيع نظام المناولة بإنشاء مؤسسات خاصة تساعد المستشفيات على نجاح نظام التعاقد كنظام الإعلام الآلي في الاستقبال؛
- الاهتمام بمصلحة الاستعجالات و تجهيزها بالوسائل و التجهيزات التكنولوجية الحديثة؛
- تفعيل مشروع المؤسسة الصحية كأداة حديثة لتسيير المستشفيات العمومية الذي يشمل جملة من المشاريع التي ترتبط مع بعضها البعض؛
- تكوين الأسلاك الطبية تحضيراً للعمل بالملف الإلكتروني للمريض: (حبيبة قشي، 2021، ص460)

## V. الخلاصة

إن تمويل المستشفيات العمومية الجزائرية عن طريق النظام التعاقد يبقى دون مستوى طموحات المواطنين الذين لا يزالون يدفعون لبعض الخدمات الصحية من ميزانيتهم الخاصة، مقابل تدني الخدمات الطبية المقدمة لهم و سوء الاستقبال و المعاملة من جهة، ومن جهة أخرى الدولة لم تحقق أهدافها و غايتها من هذا النظام بعد تأخير تطبيقه لأسباب مختلفة منذ إقراره في قانون المالية لسنة 1993 في ظل الارتفاع الكبير للنفقات الصحية ، الأمر الذي يفرض إدخال آليات جديدة كالتسعيرة على أساس النشاط الحقيقي لتسيير و مراقبة هذا النظام و إعادة تفعيله، عن طريق الاهتمام بالموارد البشرية المتخصصة بتدريبها و تكوينها، وتوفير الظروف الملائمة الكفيلة بتطبيق هذا النظام و تجسيد القوانين و تحيينها و تحقيق الأهداف المرجوة منه كجودة الخدمات و مراقبة التكاليف و تقليص النفقات.

## الإحالات والمراجع:

1. إيمان العباسي، تقييم سياسة فعالية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بالتمويل الصحي، دراسة حالة الجزائر، المجلة الجزائرية للدراسات السياسية، المجلد 05، العدد 01، 2018.
2. بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية، مذكرة ماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية، علوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة تلمسان، 2011-2012.
3. بشير كاوجة، رفاع شريفة، دور تكنولوجيا المعلومات و الاتصال في تحسين الأداء الداخلي في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية، دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بوقرلة، مجلة العلوم الانسانية، العدد 40، جوان 2015.
4. بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية لصحة بالجزائر على نوعية الخدمات، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، أطروحة دكتوراه اقتصاد وتسيير المؤسسة، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2017-2018.
5. بوشلاغم عميروش، شرقي منصف، واقع أفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، المجلد 04، العدد 03، 2017.
6. بومعراف إلياس، صاولي مراد، دراسة تحليلية لتمويل قطاع الرعاية الصحية في الجزائر خلال الفترة 2017-2020، مجلة العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية، المجلد 13، العدد 03، 2020.

7. توفيق بن الشيخ ، لعفيفي الدراجي، الملتقى الوطني الأول حول الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسعير و رهانات التمويل 10-11 أبريل 2018، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسعير، جامعة قلمة.
8. جبار محفوظ ، بومعروف إلياس، دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، دراسة حالة المستشفى الجامعي سعادنة عبد النور سطيف، مجلة العلوم الاقتصادية والتسعير والعلوم التجارية، العدد 2011، 05.
9. حبيبة قشي، الإصلاحات الجديدة للنظام الصحي في الجزائر (الواقع والأفاق)، مجلة العلوم الاقتصادية و التسعير والعلوم التجارية، المجلد 14، العدد 01، 2021.
10. خروبي بزاز عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية بشلف، رسالة ماجستير ، كلية العلوم السياسية والإعلام، جامعة الجزائر 03، 2010-2011.
11. خلاصي عبد الإله ، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر ، دراسة تحليلية قياسية للفترة بين 1990-2018 ، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسعير و العلوم التجارية ، جامعة تلمسان، 2019-2020.
12. خلاصي عبد الإله، إشكالية تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 2008-2017، مجلة المشكاة في الاقتصاد التنمية و القانون، المجلد 01، العدد 06، 2017.
13. سنوسي علي، تسعير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر أفاق 2010، أطروحة دكتوراه في علوم التسعير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسعير، جامعة الجزائر 2009-2010.
14. عبد الصمد نوري، واقع وأفاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة، دراسة قانونية، مذكرة ماجستير في القانون العام، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 2013-2014.
15. عبد الكريم هشام، تناح أحمد، تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني و إشكالية التطبيق، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، المجلد 06، العدد 01، 2019.
16. العلواني عديلة، تضخم التكلفة الاستشفائية بحسب اختلاف أنماط التسعيرة في المستشفيات، مجلة دراسات و أبحاث اقتصادية للطاقت المتجددة، المجلد 06، العدد 02، 2019.
17. على دحمان محمد، تقييم الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة إلى الموازنة العامة، مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، العدد 2016، 02.
18. على دحمان محمد، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسعير و العلوم التجارية، جامعة تلمسان، 2017.
19. قليل نسيمة، عقلنة نفقات الضمان الاجتماعي، منشورات البحث الحوكمة والاقتصاد الاجتماعي، العدد 01، 2015.
20. المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 مايو عام 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها، الجريدة الرسمية، العدد 33، 2007.
21. المرسوم التنفيذي رقم 92/07 المؤرخ 04 جانفي 1992، المتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي و التنظيم الإداري و المالي للضمان الاجتماعي المعدل، الجريدة الرسمية، العدد 02، 1992.

---

22. نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية ، دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة، رسالة

ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2004-2005.

23. Cheurfa Taous, Kaid Talilane Noura, La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : enjeux et Perspectives, Revue de l'économie et société, N°10, 2014.

24. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=DZ-FR-GB>

25. <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie> وكالة الأنباء الجزائرية

26. <https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-lhopital-la-tarification-lactivite-t2a>  
consulté le 03/03/2022

27. Lila ziani, Farida ziani, La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie : Etat des lieux et contraintes, Revue les cahiers du Poidex, volume 10, N°01, 2021.

28. Zeyneb Or, Thomas Renaud, principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital(T2A), Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères, doctement de travail, IRED,DT N° 23, Mars2009.