

التعاقد في إطار الضمان الاجتماعي كنمط لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر

Contracting within the framework of social security as a pattern to cover health services in Algeria

راشدي حدهوم دليبة¹، أستاذة محاضرة أ

كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة وهران 2، الجزائر، dalilarachedi74@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2022/09/15 تاريخ القبول: 2023/01/21 تاريخ النشر: 2023/04/27

ملخص:

إن السعي إلى ضمان الحق في الرعاية الصحية في أعلى مستوياتها، كما تنص عليه المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية، يحتّم على الدول اختيارات في إطار سياستها التشريعية، لبلوغ التغطية الصحية الشاملة، فتطبق آليات تتلاءم مع إمكانياتها، وفي إطار عصنة نظام الضمان الاجتماعي الجزائري تبنى المشروع التعاقد كنمط لتغطية النفقات الصحية للمؤمنين وغيرهم، وتمويل القطاع الصحي، و تم تكريسه من خلال إبرام اتفاقيات مع مهني الصحة في القطاع الخاص وهي في طور التعميم، ويسعى إلى التجسيد الفعلي للتعاقد مع القطاع الصحي العمومي، بعد استحداث نظام إلكتروني للتغطية الصحية يتمثل في نظام الشفاء.

كلمات مفتاحية: الضمان الاجتماعي، الرعاية الصحية، التعاقد، نظام "الشفاء"، مهني الصحة.

Abstract:

Striving to guarantee the right to health care at the highest levels, as stipulated in international charters and national legislation, requires states to make choices within the framework of their legislative policy to achieve universal health coverage. So it applies mechanisms that are compatible Algerian with its capabilities, and within the framework of modernizing the social security system, the legislator has adopted the contract as a pattern to and to finance the cover the health expenses of the insured and others,

health sector, and it seeks to actualize the contracting with the public health system represented in sector, after developing an electronic health coverage the "Shifa" system.

Key words : socialsecurity, health care, contracting, "Shifa" system, health Professional.

¹ المؤلف المرسل: راشدي حدهوم دليلة ، الإيميل: dalilarachedi74@gmail.com

1. مقدمة:

إن التفعيل الحقيقي لحق المواطنين في الرعاية الصحية الذي يتصدّر المواثيق الدولية و دساتير دول العالم، ومن أدنى مستويات الحق في الصحة إلى أرقاها وهي الرفاهية في الصحة وفقا لمفهوم منظمة الصحة العالمية، لن يتأتى إلا في سياق بيئة قانونية تتميز بوضوح وشفافية الآليات، وعصرنة الميكانيزمات. وقد كرّست الجزائر منذ الاستقلال تشريعا الحق في الصحة، وأولته اهتماما لافتا من خلال تبني مبدأ مجانية العلاج¹ كخيار سياسي اجتماعي، أي ضمان المواطنين الحق في مجانية الخدمات الصحية في المرافق الاستشفائية العمومية، إلا أن تكريس الآليات المنوطة بخدمة المبدأ والتفعيل الحقيقي والمستدام له لم يكن على نفس المستوى، وبالخصوص ضبط معالم مساهمة الضمان الاجتماعي في ضمان الحق في الصحة وترقيته، واكتفت التشريعات الصحية بالإشارة إليه.²

تعتمد الجزائر المفهوم الموسّع للحماية ضدّ المخاطر الاجتماعية، و بالتحديد ما تعلق بخطر الوقاية الصحية من الأمراض وعلاجها، ويتجلى من خلال عدم قصر المظلة التأمينية للتغطية الصحية في إطار الضمان الاجتماعي على الأشخاص العاملين، بل تشمل الأفراد بصفتهم أعضاء في المجتمع،³ ذلك أن المرض يشكل خطرا مهنيا واجتماعيا، وأن الأمن الوظيفي والاجتماعي هو جزء لا يتجزأ من الأمن الاقتصادي والقومي لأية دولة.⁴

وفي إطار عصرنة الحماية الاجتماعية والصحية يعدّ النمط التعاقدية، اللبنة الأساسية لتطوير وترقية الخدمات الصحية، وقد ذهب المشرع الجزائري إلى تكريسه قانونا في نصوص سابقة من خلال قانون التأمينات الاجتماعية 11/83، ويعرف حاليا تطورا تدريجيا ليلج إلى التفعيل الميداني الشامل لآلية التعاقد بين القطاع الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي، من خلال تهيئة البيئة القانونية والتقنية، سعيا

للتكريس الحقيقي للحق في الصحة، وضمان خدمات صحية نوعية للمواطن، وتحقيق الشفافية والنجاعة للضمان الاجتماعي في إطار قطاعي الضمان الاجتماعي والصحة خصوصا من حيث التسيير و التمويل. وتعرّف المنظمة العالمية للصحة النمط التعاقدى على أنه "عقد بين كيانين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولا ببعض الأشياء فهو إذن اتفاق بين شركاء مستقبلين"، حيث اتجهت التشريعات الحديثة إلى تكريس التعاقد مع القطاع الصحي في عدة مجالات اقتصادية واجتماعية.⁵

ومن هذا المنظور يراد من خلال هذه الورقة البحثية تسليط الضوء حول السياق القانوني النظري، والميداني التطبيقي، لتفعيل نظام التعاقد كمنظومة لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر، لنتار إشكالية البحث كما يلي: ما هي استراتيجية المشرع الجزائري في اعتماد آلية التعاقد في قطاع الضمان الاجتماعي لتغطية الخدمات الصحية وما مدى فعاليتها؟

ويتم ذلك من خلال الاستعانة بالمنهج التحليلي لدراسة تطوّر المسار القانوني للتعاقد، والمنهج الوضعي بالبحث في العراقيل التي تكتنف تجسيد حقيقي للنمط التعاقدى في القطاع الصحي العمومي والخاص، وسنخصّص لمعالجة الموضوع مبحثين، نتعرّض في المبحث الأول إلى اعتماد الضمان الاجتماعي للنمط التعاقدى مع الهياكل الصحية، ونبيّن في المبحث الثاني مستوى تفعيل التعاقد مع القطاع الصحي العمومي والخاص والعراقيل التي تواجهه.

2. المبحث الأول: اعتماد الضمان الاجتماعي للنمط التعاقدى مع الهياكل الصحية

يشكل التأمين الصحي عموما بما فيه التأمين الصحي الاجتماعي آلية لضمان حق الأشخاص في طلب الرعاية الصحية، وطبقا لما ورد في التوصية رقم 69 لمنظمة العمل الدولية فإن الرعاية الطبية تنصرف إلى تأمين نوعين من الرعاية، العلاجية وتهدف إلى تقديم الخدمات التي تسمح للفرد باسترداد صحته ومنع استفحال مرضه وتخفيف آلامه عندما يكون مريضا، والوقائية وتستهدف حمايته وتحسين صحته.⁶

ومن أهم الآليات القانونية المستحدثة في إطار عصرنة قطاع الضمان الاجتماعي، اعتماد التعاقد كنمط لتغطية الخدمات الصحية للمؤمنين و بالنسبة للقطاع الصحي العمومي آلية لتمويل القطاع الصحي على أساس علمي حقيقي.

لذلك سنعكف أولاً على بيان مفهوم وأهداف التعاقد كآلية لتغطية الخدمات الصحية في المطلب الأول، وتناول وسائل النمط التعاقدية لتحقيق الشراكة الحقيقية مع قطاع الصحة من خلال التعرض لنظام الدفع من قبل الغير ونظام الشفاء في المطلب الثاني.

1.2 المطلب الأول: مفهوم وأهداف التعاقد كآلية لتغطية الخدمات الصحية

يستهدف الضمان الاجتماعي تأمين الأخطار الاجتماعية بما فيها خطر المرض، ولعلّ من أهم إيجابيات التعاقد لتغطية الخدمات الصحية هو أن الشراكة بين القطاع الصحي وقطاع الضمان الاجتماعي تجسّد التعاون من أجل مواجهة المخاطر، وتتجاوز أبعادها تلك العلاقة الثنائية بين المرضى من المؤمنين من مجرد تقديم الخدمات الصحية إلى ترقيتها لبلوغ أرقى مستويات الحق في الصحة. وسنبين من خلال الفرع الأول مفهوم التعاقد بين الضمان الاجتماعي وهياكل القطاع الصحي، وفي الفرع الثاني أهدافه.

1.1.2 الفرع الأول: مفهوم التعاقد

لا شك أن للصحة تكلفة، وما فتئت النفقات الصحية تتطور في المجال الصحي بتطور المجالات الطبية وتدخل التكنولوجيا في إطار الوقاية والعلاج، مما يلزم على الدول اختيار الاستراتيجية الناجعة لتمويل وإدارة خدمات الرعاية الصحية.

إن اعتماد الجزائر مجانية العلاج كخيار سياسي اجتماعي منذ 1973 بتأسيس جهاز عمومي لتوفير خدمات الرعاية الصحية لكل المواطنين وهو جهاز الطب المجاني، دون وضع مقاييس وآليات لتجسيد هذه السياسة، قد أبان بمرور السنوات على نقائص وثرغات، حيث أدى في نهاية المطاف إلى ارتفاع في تكاليف الصحة، لا يقابلها اكتفاء وجودة في الخدمات الصحية.⁷

وقد عجزت موارد التمويل المتمثلة أساسا في إطار التمويل العمومي وشبه العمومي (ميزانية الدولة ومساهمة الضمان الاجتماعي)، على الحفاظ على نفس النسق في المساهمة في تغطية الخدمات الصحية منذ 1962، في مواجهة الأزمة الاقتصادية الخانقة في أواسط الثمانينات، ما حتم ضرورة تبني سياسة حقيقة مبنية على أسس علمية في مجال التمويل الصحي ومن أهم هذه الآليات التعاقد.⁸

والنمط التعاقدي هو وسيلة قانونية لأداء خدمة، حيث تقوم المؤسسة الصحية في هذا السياق بإبرام عقد مع مموليها مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة.⁹ ويعتبر التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي أهم أوجه النمط التعاقدي الذي تبتّاه الدول حديثا في تسيير الخدمات الصحية وتمويلها.

ويقصد بالتعاقد في هذا السياق إضفاء الطابع الاتفاقي للعلاقة التي تربط بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية ومقدمي العلاج، من مؤسسات استشفائية عمومية و خاصة، في مجال تمويل، إدارة وتسيير وتمويل العلاج لفائدة المؤمنين وذوي حقوقهم، ويتم التعاقد في إطار اتفاقيات منشئة لالتزامات مالية تربط هيئات الضمان الاجتماعي ومقدمي الخدمات العلاجية والصحية، والالتزام بتقديم الخدمات الصحية لفائدة المؤمنين وذوي حقوقهم في إطار نظام الدفع من قبل الغير، ويمكن بذلك من إعفاء المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم من دفع مقابل للخدمات الصحية التي يتلقونها.

ويعتبر التعاقد الذي يربط بين هيئات الضمان الاجتماعي ومؤسسات أو مهني الصحة عموما تطبيقا حقيقيا لنظرية الاشتراط لمصلحة الغير، المعروفة في القانون المدني المنصوص عليها في المواد 116، 117 و118، فهو اتفاق يشترط بمقتضاه المشترط وهو ممول الخدمات والمتمثل في مؤسسات الضمان الاجتماعي والدولة كذلك لصالح بعض الفئات، - على المتعهد وهم مقدمي الخدمات الصحية المتمثل في الأطباء والمرافق الصحية عموما، - المتمثل بأداء معين ذي قيمة مالية، لصالح شخص ليس طرف في العقد ألا وهو المستفيد- المؤمن عليهم - وهو في مقام المريض المستهلك.

ولقد تم التنصيص على آلية التعاقد من خلال المادة 60 من القانون 11/83 المعدل والمتمم،¹⁰ ويترجم التعاقد حسب المادة 60 مكرر من نفس القانون عن طريق اتفاقيات مبرمة بين هيئات الضمان

الاجتماعي وهياكل القطاع الصحي، ويترتب عليه أنه في حالة ما إذا قصد المؤمن له اجتماعيا أو ذوي حقوقه، مقدمي علاج من أطباء أو صيديات أو مؤسسات علاج لا تربطهم اتفاقية مع الضمان الاجتماعي فإنه مجبر بتقديم المصاريف اللازمة للعلاج.

تمت بداية الترجمة الفعلية لهذا النظام خلال التسعينات بصورة محتشمة في القطاع الخاص، بسنّ بعض الاتفاقيات النموذجية التي يجب أن تتطابق مع أحكامها اتفاقيات الضمان الاجتماعي مع مهني الصحة،¹¹ إلا أن هذه الاتفاقيات الأولية تم إعادة صياغتها وملاءمتها، بناء على تفعيل الإجراءات الجديدة المرتبطة بنظام التعاقد المتمثلة في الدفع من قبل الغير في إطار نظام الشفاء، وتمثلت في:

- سنة 2007، الاتفاقية المبرمة بين هيآت الضمان الاجتماعي ومتعاملي النقل الصحي.¹²
- سنة 2009، الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيديات.¹³
- سنة 2009، الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والطبيب العام الممارس الخاص ، والاتفاقية بين هيئات الضمان الاجتماعي والطبيب الأخصائي الممارس الخاص.¹⁴
- سنة 2012 الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصاراتيين النظاراتيين الخواص.¹⁵

- سنة 2014 الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية.¹⁶
- سنة 2015، الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمراكز الخاصة بتصفية الدم.¹⁷

- وآخرها سنة 2020، الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.¹⁸

2.1.2 الفرع الثاني: أهداف نظام التعاقد في منظومة الضمان الاجتماعي

إن التعاقد في إطار التأمين الصحي عموما يلعب دورا جوهريا في التعاون لأجل مواجهة الأخطار الصحية، حيث يمثل دخول طرف ثالث بين المستفيد من الخدمة الصحية ومقدمها ألا وهو هيئات

الضمان الاجتماعي، قوة ضغط على العرض لكونه سيضمن الدفع للمؤمنين لديه ويمكنهم من الحصول على العلاجات الضرورية.¹⁹

أولاً: الهدف الاقتصادي:

وهو أهمها، ويتعلق بتمويل منظومة الصحة العمومية حيث يؤدي التعاقد إلى عقلنة وترشيد النفقات عن طريق التمويل الحقيقي من طرف هيئات الضمان الاجتماعي بدل التمويل الجزائي، الذي مازال قائماً بسبب عدم تفعيل نظام التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة، ويوفّر التعاقد شفافية بين الأطراف المتعاقدة مقدم الخدمات، وممولها والمستفيد منها، فيمكن الضمان الاجتماعي من الرقابة على كمية وجودة الخدمات .

وقد أشارت قوانين المالية المتعاقبة إلى التعاقد مع مؤسسات الصحة العمومية منذ 1993،²⁰ كما كرس قانون الصحة 11/18 مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ضمان التغطية الصحية لمصاريف العلاج المقدم لصالح المؤمنين وذوي حقوقهم، من خلال المادتين 300 و330 حيث يعتبر الضمان الاجتماعي من مصادر الموارد المالية للمؤسسات العمومية للصحة، ويتم ذلك على أساس تعاقدية.²¹

ثانياً: الهدف الاجتماعي

إن الحماية الاجتماعية هي الهدف الأساسي لنظام الضمان الاجتماعي، ويتم بالوصول إلى تقديم خدمات صحية نوعية لصالح المؤمنين، بتكريس المبدأ الدستوري المتمثل في حق العامل في الضمان الاجتماعي " المضاف بموجب التعديل الدستوري المؤرخ في 06 مارس 2016، وأكدته دستور 2020 المذكور في المادة 66. كما أن الحق في الرعاية الصحية مكفول لكل المواطنين وخصوصاً الفئة المعوزة والمحرومة المنضوية تحت مظلة التأمين الاجتماعي بدعم من الدولة.

وقد ساهم التعاقد في تخفيف المصاريف العلاجية للمؤمنين أو إعفاءهم منها في غالب الأحوال، وبالتالي رفع العناء على المرضى و المضي نحو بلوغ تجسيد فعلي للحق في الصحة.²²

ثالثا:الهدف التنظيمي

التعاون في التكفل بصحة المواطنين بين القطاع العام والخاص ورفع العبء على القطاع الصحي العمومي، وتفادي الضغوطات والاختلالات الواقعة في بعض المستشفيات بسبب عراقيل مادية وتقنية، كعدم توفر الأسرة وغياب الأطباء المتخصصين، وقد سمحت الاتفاقيات المبرمة مع القطاع الصحي الخاص في مجالات متخصصة، كجراحة القلب والولادة بالتكفل بشريحة معتبرة من المؤمنين اجتماعيا بالاستفادة من خدمات صحية نوعية في هذا الإطار.

2.2 المطلب الثاني: وسائل النمط التعاقدى لتحقيق الشراكة الحقيقية مع قطاع الصحة

لا شك أن التجسيد الفعلي والشامل لن يتحقق إلا بتهيئة الآليات الضرورية والميكانيزمات التقنية، وأن الأمر يحتاج لإمكانات مالية ومزيدا من الوقت والجهد، وهو ما تم السعي إليه تدريجيا منذ عقدين من الزمن، لذلك سنتطرق في الفرع الأول ابتداء إلى آلية الدفع من قبل الغير، ونظام الشفاء، ودورها في تكريس الشراكة بين قطاع الضمان الاجتماعي وقطاع الصحة، ثم في الفرع الثاني إلى أطراف عملية التعاقد.

1.2.2 الفرع الأول: الدفع من قبل الغير في إطار نظام الشفاء الآلية القانونية والتقنية لتفعيل

الشراكة ضمان اجتماعي - صحة:

تم تفعيل التعاقد بالاعتماد على نظام الدفع من قبل الغير، وتوفير البيئة التقنية من خلال نظام إلكتروني سمي ب" نظام الشفاء".

أولا: المقصود بالدفع من قبل الغير

استحدث نظام الدفع من قبل الغير بموجب الأمر رقم 17/96،²³ حتى يتم تجسيد فعال للتعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والقطاع الصحي عام وخاص. ولإدراك الأهداف المنوطة به، استلزم الأمر تهيئة البيئة القانونية والتقنية اللازمة لضمان التطبيق الفعال وإتاحة الخدمات الصحية لطالبيها. ويعتبر نظام الدفع من قبل الغير هو الآلية التي يعمل بها التعاقد، حيث يتم بموجبه إعفاء المؤمنين وذوي حقوقهم من الدفع المباشر والمسبق لمصاريف العلاج الصحي، حين يقصد هياكل العلاج العمومية أو الخاصة ومهني

الصحة عموماً، ويستغني بذلك عن الطرق التقليدية للتعويض، التي تتكفل بها هيئات الضمان الاجتماعي للأجراء وغير الأجراء كل فيما يخصها، بدفع مبالغ الأداءات المستحقة مباشرة لصالح المؤسسة أو مهني الصحة المتعاقد معهم، بناء على الاتفاقيات وفقاً لما تنص عليه المادة 60 من القانون 11/83 المعدل والمتمم المذكور.²⁴

وقد حلّ نظام الدفع من قبل الغير محل نظام التعويض التقليدي في تغطية الخدمات والمصاريف الصحية.

ثانياً: نظام الشفاء

ترتبط آلية الدفع من قبل الغير بنظام إلكتروني وقانوني يتمثل في نظام سمي بنظام "الشفاء"، وهو نظام يعتمد استعمال التكنولوجيا الدقيقة، ويقوم على العمل بوسائل إلكترونية لتقديم خدمات العلاج والحصول على التعويضات اللازمة من هيئات الضمان الاجتماعي، ويستخدم إجبارياً من طرف هياكل العلاج ومهنيي الصحة الذين تربطهم اتفاقية مع الضمان الاجتماعي.²⁵

فالتعاقدات الصحية تسيّر إلكترونياً في المعلومات والاتصال، بحيث تمّ إعداد بوابة إلكترونية في إطار نظام الشفاء تتضمن قاعدة بيانات، و يتم تبادل المعلومات والملفات، وتحميل الوثائق إلكترونياً، كما تسمح الأرضية الرقمية بإرسال الفواتير من طرف ممارسي الصحة إلكترونياً لهيئات الضمان الاجتماعي، لاستحقاق التعويض المحدد جزافياً المنصوص عليه قانوناً في هذه الاتفاقيات.

ويعمل نظام الشفاء بوسائل إلكترونية تمكن المستفيدين من الحصول على الخدمات الصحية، نص عليها المرسوم التنفيذي 116/10 الذي يحدد مضمون البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعياً، والمفاتيح الإلكترونية لهياكل العلاج ولمهنيي الصحة وشروط تسليمها واستعمالها وتجديدها،²⁶ و تتمثل في:

(أ) **بطاقة الشفاء:** تعتبر من أهم أنواع البطاقات الإلكترونية الممغنطة، فهي بطاقة إلكترونية تثبت صفة المؤمن له اجتماعياً تمكنه من الحصول على الخدمات الصحية من أداءات الضمان الاجتماعي وأداءات التعاضديات،²⁷ دونما حاجة لدفع المصاريف أو اللجوء إلى الوثائق الإدارية للتعويض كما كان معمولاً به، أي تقديم طلب مكتوب وملاً استمارة أو تقديم ورقة العلاج، تقدم للمؤمن عليه مجاناً، وهي صالحة

للاستعمال في كامل التراب الوطني حسب المادة 6 مكرر 1 من القانون 11/83 المعدل بالقانون 01/08.

وكان أول نص أقر هذه البطاقة المادة 6 مكرر من القانون 01/08 حيث يتم إثبات صفة المؤمن له اجتماعيا ببطاقة إلكترونية و ثم جاء المرسوم التنفيذي من 116/10 في المواد من 2 إلى 27 ليحدد أحكامها بدقة.²⁸

تقدم بطاقة الشفاء إلزاميا إلى هياكل العلاج العمومية والخاصة ومقدمي الخدمات المرتبطة بالعلاج من مستشفيات عمومية وعيادات خاصة وصيدليات وأطباء ممارسين عامين وأخصائيين... في إطار الاتفاقيات المبرمة، وذلك باستثناء حالي الضرورة والقوة القاهرة، طبقا لما تنص عليه المادة 65 من القانون 11/83 المعدل، المادة 334 فقرة 2 من قانون الصحة 11/18.

ب) المفاتيح الإلكترونية: في إطار نظام الدفع من قبل الغير تلتزم هيئات الضمان الاجتماعي بأن تضع تحت تصرف الأطراف المتعاقدة معها، من هياكل علاج ومهني الصحة مجانا مفاتيح إلكترونية تسمح باستخدام بطاقة الشفاء وضمان صيانة نظام الشفاء بصورة منتظمة، وبالمقابل تلتزم الأطراف الأخرى باستعمال نظام الشفاء بصفة شخصية مع احترام شروط وإجراءات الاستعمال، وأن توفر الوسائل اللازمة لذلك من جهاز إعلام آلي وخط اتصال انترنت وآلة طباعة وقارئ بطاقة أو أية وسيلة إرسال إلكتروني.²⁹

2.2.2 الفرع الثاني: أطراف التعاقد وأبعاده القانونية.

تسفر عملية التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي ومؤسسات ومهني الصحة، عن علاقة ثلاثية الأطراف، الأولى بين هيئات الضمان الاجتماعي ومقدمي العلاج والخدمات الصحية من جهة، وثانية بين هيئات الضمان الاجتماعي مع المؤمنين اجتماعيا، وثالثة بين مقدمي العلاج والمستفيدين.

أولا: أطراف عملية التعاقد: وتمثل في ما يلي

أ) هيئات الضمان الاجتماعي: تتمثل هيئات الضمان الاجتماعي المعنية بالنمط التعاقد في ما يلي:

* صندوق التأمينات الاجتماعية للعمال للأجراء: وهو الهيئة المسيرة لخدمات الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء في القطاع الاقتصادي الذين يخضعون للقانون 11/90، والموظفين المنتسبين لقانون الوظيفة العمومية وذوي حقوقهم، وفئات شبه الأجراء أو الفئات الخاصة، ويغطي الأخطار الاجتماعية والمهنية طبقا لما ينص عليه القانون.³⁰

* صندوق الضمان الاجتماعي لغير الأجراء: ويتكفل بتغطية الخدمات الصحية للعمال غير الأجراء والتي استقلت عن فئة الأجراء ويضم كل العاملين لحسابهم الخاص في كل القطاعات، صناعي، تجاري، مهني حر، فلاح... وذوي حقوقهم.³¹

* الصندوق العسكري للضمان الاجتماعي والاحتياط: الذي يختص بإدارة نظام الضمان الاجتماعي في القطاع العسكري، ويضمن التغطية الصحية والاجتماعية للحماية من الأخطار المهنية والاجتماعية، ويستفيد من خدماته العسكريين وشبه العسكريين وذوي حقوقهم.³²

(ب) مؤسسات ومهني الصحة: من حيث المبدأ يمكن التعاقد مع كل هيكل العلاج ومهني الصحة الممارسين حسب ما ينص عليه قانون الصحة 11/18، المؤسسات والهياكل الاستشفائية العمومية والخاصة للصحة، والأطباء الممارسين الخواص في الطب العام والمتخصص، والصيدليات الخاصة، وجراحي الأسنان...³³ إلا أنه لم يتم تعميمه بعد لكل الأعمال والنشاطات الطبية الضرورية والمتمثلة في الكشوفات اللازمة لتشخيص الأمراض، وعلاجات الأمراض الخطيرة، والتي تعجز المؤسسات الصحية العمومية عن توفيره وضمانه لكل المرضى، كمراكز الأشعة الضرورية للتشخيص والعلاج، ومخابر التحاليل الطبية.

ونشير إلى أن مؤسسات الضمان الاجتماعي المذكورة تتباين في التعاقد مع المؤسسات الصحية في إطار حرية التعاقد ومبدأ سلطان الإرادة.³⁴

(ج) المستفيدين وهم المؤمنون لهم اجتماعيا الأجراء منهم وغير الأجراء وبعض الفئات الخاصة لقد بسط المشرع نظام الحماية الاجتماعية الصحية لصالح الفئات النشيطة من أجراء وغير أجراء، وكذا الفئات الخاصة كالمستفيدين من المنحة الجزافية للتضامن المسنين وغيرهم...، والمشبهين بالأجراء و حيث تكون الاستفادة بصفة غير كاملة بنسبة 80 بالمائة، وتكون بصفة كلية أي 100 بالمائة بالنسبة

لبعض الفئات، وكذلك العسكريين، ويتم إعفاء المؤمنين كليا أو جزئيا من الدفع المباشر والمسبق للخدمات الصحية، عند التقدم لاقتناء المواد الصيدلانية المعوضة، أو للحصول على الخدمات الصحية لدى ممارسي العلاج المتعاقدين مع هيئات الضمان الاجتماعي كل فيما يخصه.

كما يشمل نظام التعاقد بعض الفئات الخاصة المؤمن لهم اجتماعيا بدعم من الدولة، وتتمثل هذه الفئات في:

* **الأشخاص المحرومين:** تتكفل بمصاريفهم الصحية الدولة بناء على المادة 66 فقرة 3 من الدستور..تسهر الدولة على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين"، وقد حدد المرسوم التنفيذي 12/01 كفاءات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا،³⁵ وتتكفل مديرية النشاط الاجتماعي DAS بإعداد البطاقة التي تجدد سنويا لصالح الأشخاص المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا، وذوي حقوقهم، والمستفيدين من المنحة الجزافية للتضامن AFS، ومن بينهم الأشخاص المسنين.³⁶

* **المصابين بالأمراض الانحلالية Dégeneratives** كالسيذا والسرطان والقصور الكلوي والأمراض المزمنة، والمسجلين في البرامج الوطنية كالبرنامج الموسع للتلقيح، برنامج الصحة العقلية، رغم كونهم غير مؤمنين يستفيدون من التغطية الصحية بناء على اتفاقية مع وزارة الصحة، وتسلم إليهم بطاقة مجانية الدواء. و على هذا الأساس صدر سنة 2002 قرار وزاري مشترك يحدد طبيعة ومقدار الموارد المالية الناجمة عن النشاطات الخاصة لهيئات الصحة العمومية،³⁷ الذي يشير إلى دفع الأشخاص للتكاليف الخاصة بالعلاج والاستشفاء والفحوصات التكميلية، حيث يساهم المؤمنون الذين يستفيدون من تغطية صحية غير كاملة أي 80 بالمئة بنسب محددة في تكاليف العلاج والاستشفاء، وهو ما توضحه الفقرة 6 من المادة 2 من القرار الوزاري المشترك المشار إليه، بخصوص تكاليف الاستشفاء والفحوص الطبية والتدخلات الجراحية، طبقا لأسعار الفوترة الطبية المحددة في القرار.

أما غير المؤمن عليهم الذين لا ينتمون إلى الفئات السابقة، والمرضى الأجانب المتواجدين على التراب الوطني خارج إطار العمل، فيقومون بدفع تكاليف الخدمات الصحية في القطاع العمومي، وهو ما تنص عليه في الفقرة 5 من المادة 2 من القرار الوزاري المذكور، ونشير إلى أن هذا القرار غير مفعل. وعموما فإن إبرام الاتفاقيات ليست إجبارية على كل مؤسسات ومقدمي العلاج في القطاع الخاص، وإنما اختيارية تخضع لمبدأ حرية التعاقد وسلطان الإرادة، إلا أنه على مستوى القطاع الصيدلاني تم فرض التعاقد بالنسبة للصيدليات العمومية والخاصة على مستوى كامل التراب الوطني، وبالتالي تعميمه و رفع العناية على المؤمنين فيما يخص اقتناء الأدوية.

ثانيا: الأبعاد القانونية المميّزة للنمط التعاقدية

لقد حرص المشرع على تنفيذ التعاقدات مع مهني الصحة في إطار بيئة قانونية وتقنية ملائمة، شجعت هياكل ومقدمي العلاج في القطاع الخاص على الانضمام إلى الشراكة، كما مكّنت هيئات الضمان الاجتماعي من عصرنه التسيير لخدماتها في إطار الاتفاقيات التي تربطها مع مهني الصحة وهياكل العلاج، بهدف الوصول إلى أبعاد ذات طابع قانوني.

أ) نظام إلكتروني فعال وآمن مشمول بالحماية القانونية: ألزم المشرع على هياكل ومقدمي العلاج في إطار التعاقد باستخدام نظام الشفاء، عن طريق استخدام مفاتيحهم الإلكترونية بقراءة وإدخال خدمات العلاج في بطاقة الشفاء، وكذا إعداد الفواتير الإلكترونية الخاصة بالخدمات المقدمة، وإرسالها مع الوصفات إلكترونيا وورقيا إلى هيئة الضمان الاجتماعي، وكذا الملف الطبي للمريض، وذلك بواسطة برمجيات يعتمدها نظام الضمان الاجتماعي، حيث تضع هذه الأخيرة جهازا تقنيا عبارة عن منشأة ذات مفاتيح عمومية ووسائل تقنية، تسمح بتنفيذ جهاز إعداد وتشفير و تدقيق وتوقيع وإرسال مؤمن للفواتير الإلكترونية.³⁸ وأوجب على المؤمنين تقديم البطاقة الإلكترونية الشفاء التي تسلم لهم مجانا من هيئة الضمان الاجتماعي المعنية، للحصول على خدمات العلاج أو الخدمات المرتبطة به.³⁹

يعتمد نظام الشفاء على استخدام التكنولوجيا الدقيقة، حيث تم إعداده وفقا للمقاييس التقنية المعمول بها، ويتوفر هذا النظام على برامج حماية تقنية من الاختراق وبروتوكولات لدقة وصحة المعلومات،

تمتع حدوث أي خطأ أو قرصنة للمعلومات، مما يفعل عملية الاتصال بين أطراف التعاقد، كما يسمح بسهولة الاتصالات، والسرعة في إنجاز عمليات تنفيذ الخدمات الصحية، والحصول على التعويضات اللازمة، كما يتيح النظام الإلكتروني كشف التلاعبات والتجاوزات والغش، بسبب قابليته للرقابة من طرف هيئات الضمان الاجتماعي مما يسمح بمتابعة أفضل للعمليات والأداءات وبالتالي التحكم في النفقات.⁴⁰

يحظى نظام الشفاء بحماية قانونية، فقد أوجب المشرع على مستخدمي المفاتيح الإلكترونية التصريح لدى هيئة الضمان الاجتماعي، في حالة ضياع أو سرقة أو إتلاف المفتاح الإلكتروني لاتخاذ الإجراءات اللازمة، وكذا ضرورة إجراء التصحيحات والتحيينات اللازمة بطلب منهم لدى هيئة الضمان الاجتماعي المتعاقد معها، وفي حالة خطأ أو إغفال في المعطيات الواردة في المفتاح، أو تغيير في القانون الأساسي لهياكل العلاج، أو الخدمات المرتبطة بالعلاج، أو الحالة المهنية لمهني الصحة.⁴¹

وسعى للاستخدام الأمثل لنظام الشفاء وردعا للجريمة الإلكترونية، فقد عني المشرع بتقرير الحماية الجزائية لنظام الشفاء من خلال تجريم الاستخدام غير المشروع لهذه الوسيلة الإلكترونية، وتقرير المسؤولية الجنائية لحامل البطاقة الإلكترونية أو مستخدمها أو مصدرها أو الغير، من خلال الأحكام الجزائية الواردة في الباب الخامس مكرر من القانون 11/83 المعدل والمتمم من خلال المواد من 93 مكرر 2 إلى 93 مكرر 6 حيث يمكن إثارة مسؤولية المؤمن أو مهني الصحة أو هيئة الضمان الاجتماعي، أو الغير وقرر لها عقوبات رادعة.⁴²

ب) تكريس البعد الاقتصادي عن طريق نظام الحوافز لصالح مهني الصحة ومقدمي العلاج

استخدمت إدارة الضمان الاجتماعي التعاقد وسيلة لترشيد نفقات العلاج خصوصا بالنسبة للأدوية، ويتجلى ذلك من خلال اعتماد نظام التحفيز في مجال التعاقد، وفي هذا الإطار يقع التزام على مهني الصحة من أطباء ممارسين خواص عاميين وأخصائيين، وعلى الصيادلة... وهياكل العلاج المتعاقدة، الاقتصاد الصارم في الأعمال والخدمات والوصفات المقدمة إلى أقصى حد بمراعاة نوعية العلاج وتأمين فعاليته في إطار الممارسات الطبية السليمة والمعطيات العلمية الحديثة. إن هذا الالتزام يترجم من خلال التقيّد بوصف و صرف المنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية ذات التكلفة الدنيا، فيحرص الطبيب على

وصف الأدوية الجينية، ويمكن للصيدي استبدال الأدوية الموصوفة بأدوية جينية أو مصنعة محلياً، ويلتزم البصاري النظاري بالاعتقاد في خدماته المتوافقة مع أمن ونوعية وفعالية النظارات والزجاجات المصححة للرؤية.

ولحتمهم على تنفيذ الالتزامات المذكورة، اعتمدت هيآت الضمان الاجتماعي التحفيز المالي في شكل زيادات مالية لممارسي الصحة المتعاقدين، إضافة إلى التعويض المالي الممنوح لهم، بنسبة 20% من قيمة التعويض بالنسبة للأطباء العامون والأخصائيون، و15 دينار عن كل دواء موصوف مستبدل بدواء جينيس أو مصنّع محلياً.⁴³

ورغم أن التوفيق بين الدور الاجتماعي لمهني الصحة المتمثل في ضمان أمن وفعالية ونوعية العلاج، والدور الاقتصادي الذي تفرضه سياسة الضمان الاجتماعي في إطار التعاقد بالاعتقاد بالصارم في كلفة العلاج يبدو أمراً صعباً بل مستحيلاً، إلا أنه لا مناص من الاعتراف بجدوى هذه السياسة اقتصادياً في ضبط وترشيد نفقات الأدوية.

ج) بطاقة الشفاء وسيلة للتأسيس للملف الطبي الإلكتروني: يعتبر الملف الطبي الإلكتروني من أهم الآليات الطبية الحديثة لتسيير الخدمات الصحية، بل أصبحت من الحتميات في ظل المتغيرات الصحية خصوصاً خلال الأزمات، حيث عملت الكثير من الدول على رقمنة المعلومات الطبية في شكل ملف إلكتروني، ما من شأنه تسهيل التواصل والدقة بين المؤسسات الاستشفائية ومصالح المؤسسة الواحدة، وسهولة الوصول إلى المعلومات ووحدها وبالتالي التقليل من الأخطاء الطبية.

وألزم قانون الصحة 11/18 بضرورة أن يتوفر لكل مريض ملف طبي وحيد على المستوى الوطني، وحثّ مهني الصحة وهياكل العلاج سواء العمومية أو الخاصة على إعداد الملف الطبي المعلوماتي الوحيد للمريض، والالتزام بتعيينه والحفاظ على سرّية المعلومات المتضمنة فيه،⁴⁴ وتعكف وزارة الصحة حالياً على إعداد منصة إلكترونية بغية تهيئة البيئة التقنية اللازمة لاحتضان الملف الإلكتروني.

تتضمن البطاقة الإلكترونية "الشفاء" معطيات مرئية تتعلق بالمؤمن المستفيد، أو ذوي حقوقه كالاسم واللقب والصورة... كما تتضمن معطيات غير مرئية من خلال استخدام تركيبها الإلكترونية ،

وتضم بدورها معلومات متعلقة بالانتساب إلى الضمان الاجتماعي، وأخرى إدارية، وثالثة ذات طابع طبي تتعلق بمعلومات حول الحالة الصحية للمؤمن أو ذوي حقوقه، من أمراض أو مرض مزمن والذي يخوله الحق في نسب تعويض معينة 80 % أو 100 % /، فصلية الدم، العلاجات والأدوية معوضة أو غير معوضة، رمز الطبيب، مجموع الأداءات المقدمة...⁴⁵

وتعتبر بطاقة الشفاء مستند إلكتروني يتفوق من حيث أهميته القانونية المستندات الورقية في التكفل بالأداءات الصحية، وإثبات حقوق المؤمن إذا اقتضى الحال، وتفادي أي غش أو تدليس للحصول على أداءات غير مستحقة، بفعل سهولة استخدامه والتوصل إلى المعلومات الإدارية والصحية الدقيقة والتواصل بشأنها بين مقدمي العلاج وهيآت الضمان الاجتماعي،⁴⁶ فبطاقة الشفاء تشكل ملفا طبيا خاصا، ويمكن الاستعانة بنظام الشفاء في إعداد الملف الطبي الإلكتروني.

3. المبحث الثاني: تفعيل التعاقد مع القطاع الصحي، و العراقيل التي تواجهه

إن لجوء الدولة إلى النمط التعاقد في تغطية الخدمات الصحية سواء في القطاع العمومي أو الخاص كان أسلوبا بديلا، عن الأساليب الاجتماعية، بهدف تحقيق شفافية في التمويل الصحي، حيث ركزت الحكومات المتعاقبة منذ نهاية التسعينات في برامجها على البحث في وضع أساس وكيفيات لتفعيل نظام التعاقد، باعتباره جزء لا يتجزأ من إصلاح المنظومة الصحية خصوصا على مستوى التمويل وتحقيق جودة الصحة، وهو ما سارت فيه العديد من الدول وحققت نتائج معتبرة. إلا أن الملاحظ أنه بعد مرور عقدين من الزمن، لم تتوصل بعد إلى تطبيق التعاقد مع القطاع الصحي العمومي، بالمقابل فقد تسعى إلى تعميم التطبيق التدريجي لهذا للنمط التعاقد في القطاع الصحي الخاص، لذلك سنتعرض في المطلب الأول إلى مستوى تفعيل التعاقد في القطاع الصحي العمومي والخاص، ونبيّن في المطلب الثاني العراقيل التي تواجه عملية التطبيق.

1.3 المطلب الأول: مستوى تفعيل التعاقد القطاع الصحي العمومي والخاص

يشكل القطاع الصحي العمومي المساهم الرئيس في توفير الرعاية الصحية للمواطنين في إطار مبدأ مجانية العلاج، حيث تنفذ كل وسائل التشخيص والمعالجة واستشفاء المرضى، بالمقابل تطور دور القطاع الخاص

في النشاط الطبي وشبه الطبي بعد منح الخواص الاستثمار في هذا المجال في إطار يهدف إلى الربح، وفتح التعاقد أمامه بغرض إسناد القطاع العمومي، وسنحاول إبراز مستوى تفعيل التعاقد في القطاع الصحي العمومي من خلال الفرع الأول، وفي القطاع الصحي الخاص من خلال الفرع الثاني.

1.1.3 الفرع الأول: القطاع الصحي العمومي

يتجسد التعاقد قانونا في إطار إبرام اتفاقيات بين هيآت الضمان الاجتماعي والهياكل العمومية للصحة التي تقدم العلاج، ويعبر هذا عن المرور من المساهمة الجزافية لتمويل القطاع العمومي من طرف الضمان الاجتماعي، إلى المساهمة الحقيقية، المبنية على معايير حجم وطبيعة الخدمات من طرف الضمان الاجتماعي.

ويقصد بالتمويل الجزافي، صبّ أموال من طرف الضمان الاجتماعي، في القطاع الصحي العمومي بشكل جزافي، دون اعتداد لكون المريض منضويا تحت مظلة الضمان الاجتماعي، للأجراء أو غير الأجراء، أو من فئة المؤمنین المحرومين... أو كونها تتناسب مع قيمة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة. ويجد هذا النمط سنده في مبدأ مجانية العلاج الذي ظل سائدا منذ إقرار قانون الطب المجاني سنة 1974 إلى يومنا هذا.⁴⁷ وقد أدى غياب آليات تمويل النفقات الصحية و معايير مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية والتأكد من توزيعها وفقا لأولويات ومتطلبات الخدمة، أدّى إلى تعاظم نسب مساهمة تمويل الضمان الاجتماعي للمؤسسات الصحية العمومية دون جدوى.⁴⁸

وقد أشار قانون المالية منذ سنة 1993 والقوانين المالية التالية، إلى التعاقد كوسيلة لتمويل الضمان الاجتماعي للمؤسسات العمومية للصحة، من خلال باب كيفية مساهمة هيآت الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي لتغطية الأعباء المالية للمؤمن عليهم،⁴⁹ وكان التعاقد محور برنامج الحكومة، وتم تقديم توصيات في إطار أول لجنة متعددة المجالات مكلفة بالتعاقد، من أجل تحديد الوسائل المرتبطة

وفي سنة 1997، تم اختيار مجموعة من المؤسسات الاستشفائية لتجسيد التعاقد في إطار مرحلة أولية، إلا أن العملية عرفت تعثرا بسبب عدم تهيئة البيئة القانونية اللازمة المتعلقة خصوصا بتحديد مدونة

الأداءات الاستشفائية وتسعيراتها، ما دفع بالحفاظ على طريقة المساهمة الجزافية للضمان الاجتماعي في تمويل المستشفيات.

ولم تصدر النصوص التنظيمية للتعاقد إلا في سنة 2004 من خلال المرسوم التنفيذي 101/04 المتعلق بكيفيات مساهمات هيآت الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانية المؤسسات الصحية،⁵⁰ وقد تطرّق المرسوم إلى تجسيد العلاقة بين العلاقة التعاقدية كما يلي:

- قيام هيئات الضمان الاجتماعي بدفع مساهمتها المالية لميزانية المؤسسة الاستشفائية العمومية كل ثلاثة أشهر على أساس المعلومات المقدمة لها.

- قيام المؤسسات الصحية كل ثلاثة أشهر بتقديم المعلومات الطبية الخاصة بالمؤمنين لهم وذوي حقوقهم الذين يتم التكفل بهم.

- إجراء مراقبات طبية من طرف هيئات الضمان الاجتماعي للخدمات المقدمة والتدقيق في الملفات على مستوى الهياكل الاستشفائية المقدمة للخدمة.⁵¹ إلا أن هذه الأحكام لم تفعل وتأجلت مجددا لأسباب تتعلق بعدم تهيئة البيئة التقنية والاجتماعية اللازمة...⁵²

إلا أنه ما فتئت وزارة الصحة بالشروع مجددا في دراسة كيفية تفعيل النظام التعاقدى بين هيئات الضمان الاجتماعي والقطاع العمومي وأحرزت نوعا من التقدم في 2010، بإدخال عملية الرقمنة في الحصول على العلاج l'accès au soins وربطها بالضمان الاجتماعي، ووضع الوسائل الضرورية على مستوى مكاتب الاستقبال للمستشفيات وعلى مستوى هيئات الضمان الاجتماعي.

وطبقا للمرسوم 101/04 المذكور، يترجم التعاقد من خلال قنوات ربط واتصال بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات العمومية للصحة، حيث يتم الحصول على العلاج بناء على تقديم وثائق تدل على الحق في الاستفادة، وهي بطاقة الشفاء، أو بطاقة المحروم غير المؤمن لهم اجتماعيا - التي تسلمها مديرية النشاط الاجتماعي - في مكتب الدخول أو الاستقبال (Bureau des Entrées) ، ويتم وضع مصالح الضمان الاجتماعي لمصالح استشفائية عيادية، موجهة لتسهيل عملية الاعتراف على المؤمن له اجتماعيا بحق الاستفادة من التكفل، دون أن تخل بالتكفل العادي للمريض أو تعرقله.

وحتى يستفيد المؤمن أو ذوي حقوقه من الخدمات الصحية، يتم تقديم البطاقة الالكترونية الشفاء، وجوبا لكل مقدم علاج أو هيكل علاج أو مقدم خدمات مرتبطة بالعلاج، من أجل الحصول على أي أداء علاج أو خدمات مرتبطة بالعلاج، قابلة للتعويض من قبل الضمان الاجتماعي، باستثناء حالتها الاستعجال الطبي والقوة القاهرة، حيث لا تشكل عدم المساهمة في تمويل نفقات الصحة من طرف الأفراد عائقا للحصول على العلاج في حالة الاستعجال طبقا للمادة 334 فقرة 2 من قانون الصحة 11/18.

تقوم المؤسسات الصحية العمومية بتقديم المعلومات المتعلقة بالمؤمنين وذوي حقوقهم المتكفل بهم بصفة دورية كل 3 أشهر لصالح صناديق لضمان الاجتماعي المختصة: من بيانات خاصة بالمؤمنين و(أو) ذوي حقوقهم، والخدمات المقدمة لهم، وتكلفتها،⁵³ ونظيره يتم تقديم مقابل الخدمات الصحية المقدمة لصالح المؤمن على شكل أقساط كل ثلاث أشهر. كما يتم إجراء المراقبة الطبية للأداءات المقدمة للمؤمن عليهم، وذوي حقوقهم وتدقيق وفحص على الملفات الطبية، أو بالاطلاع على حالة المرضى في المؤسسات الاستشفائية.

الفرع الثاني: القطاع الصحي الخاص

أضحى القطاع الصحي الخاص يحتلّ مكانة معتبرة في المنظومة الصحية في الجزائر، حيث ينص القانون 11/18 في المادة 308 على أنه يتم ضمان نشاطات الصحة التي يمارسها بصفة خاصة مهنيو الصحة لا سيما المؤسسات الاستشفائية الخاصة، المؤسسات الخاصة للعلاج أو/و التشخيص، هياكل الممارسة الفردية، هياكل الممارسة الجماعية، الصيدليات والمؤسسات الصيدلانية، مخابر التحاليل الطبية، الهياكل المعتمدة للنقل الصحي.⁵⁴

وقد منح الأمر 07/06 للخوادم الحق في استغلال المؤسسات الاستشفائية الخاصة في إطار يهدف إلى الربح ويطبق عليها القانون التجاري، ويتم تسييرها من طرف شركات تجارية، أو شركات مدنية أو التعااضديات والجمعيات، كما سمح بزيادة الطاقة الاستيعابية للعيادات الخاصة.⁵⁵ ويهدف إعطاء النشاط

الطبي طابع الربح فتح المجال للخواص للاستثمار في المجال الصحي عموماً، بالنظر إلى عجز المنظومة العمومية عن تلبية طلبات الخدمات الصحية المتزايدة.

وفي ظل تزايد كمية ونوعية الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الخاص، سواء مستشفيات، أوممارسين طبيين في إطار الطب العام والمتخصص، وجراحي الأسنان والصيدالة وغيرهم... شرعت هيئات الضمان الاجتماعي في تجسيد عملية التعاقد مع القطاع الخاص، من خلال إبرام اتفاقيات مع المؤسسات الصحية الخاصة ومقدمي العلاج والخدمات الصحية تدريجياً موضوعها تغطية خدمات علاج، فحوص عامة ومتخصصة، جراحة... إلا أنها انحصرت في بعض الخدمات العامة والنوعية، وقد انتعش التعاقد في بداية أوت 2011 تزامناً مع تعميم استخدام بطاقة الشفاء لكل فئات المؤمنين، ولكافة ولايات الوطن .

أولاً: التعاقد مع الصيدليات

تشكل تقديم المنتجات الصيدلانية من أبرز الخدمات الصحية التي شملها التعاقد من خلال إلزام الصيدليات على العمل بهذه الآلية، وقد شرع في تفعيلها منذ سنة 1998 عملاً بالاتفاقية النموذجية مع الصيدليات المؤرخة سنة 1997،⁵⁶ في إطار الدفع من قبل الغير، واقتصر على فئات خاصة بالنظر إلى وضعيتهم الصحية، من المشمولين بنظام الضمان الاجتماعي... حدّتها المادة 2 من الاتفاقية المذكورة، وهم المؤمنون و ذوي حقوقهم المصابين بالعلل طويلة المدى، المحددين بموجب المادة 21 من المرسوم 27/84،⁵⁷ والمستفيدين وذوي حقوقهم من ريع أو حادث عمل أو مرض مهني تكون نسبة العجز تساوي أو تفوق 50%، ذوي حقوق العامل المتوفي الذي أبقى على حقوق استفادتهم من الأداءات العينية...

يتم تسليم المستفيد بطاقة تحوله الحق في الاستفادة بالحصول على الإعفاء من تسبيق المصاريف في مجال تسليم المنتجات الصيدلانية التي توصف من الطبيب أو جراح الأسنان أو القابلة كل في حدود اختصاصه، شرط أن تكون واردة في قائمة المنتجات القابلة للتعويض وفي حدود تطبيق السعر المرجعي، ويتعهد بالدفع المباشر للفارق، إلا أن إجراءات وطرق التعامل مع الوصفات الطبية من طرف الصيدليات وكيفية تسديد الأعباء من طرف الضمان الاجتماعي، لم تكن تتم بالطرق الالكترونية المعمول بها الآن.

ونشير إلى أن الإعفاء من دفع المصاريف لا يكون إلا إذا قصد المؤمن له صيدلية متعاقدة طبقاً لنص المادة 60 من القانون 11/83، وتماشياً مع إسباغ آلية الدفع من قبل الغير بنظام إلكتروني متطور تمثل في "الشفاء" وبداية التطبيق التدريجي للعمل بالبطاقة الإلكترونية "الشفاء" لصالح المؤمنين، حيث كان في أول جوان 2007 نموذجياً في مراكز دفع محددة بخمس ولايات هي: عنابة، أم البواقي، بومرداس، تلمسان، المدية، ثم على كافة مراكز الدفع لهذه الولايات في أواخر مارس 2008، فتمديده إلى الولايات الأخرى ابتداءً من أبريل 2008، ليتم تعميمها على كل القطر الوطني في أواخر سنة 2010 وبداية 2011،⁵⁸ وهو ما تطلب تعميم التعاقد على كافة الصيدليات بإبرام الاتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي، ليتسنى بذلك لكل مؤمن استخدام بطاقة الشفاء لاقتناء المنتجات الصيدلانية من أية صيدلية متعاقدة، حتى لو خارج مقر إقامته.

وتماشياً مع ذلك تم تحيين الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات، بناءً على المرسوم التنفيذي 396/09 المذكورة سابقاً، وتتمثل مزايا نظام التعاقد والدفع من قبل الغير في المجال الصيدلي في تسهيل الحصول على الأدوية لصالح المرضى، من ذوي الدخل الضعيف غير القادرين على تلبية حاجاتهم خصوصاً المصابين بأمراض طويلة المدى ومزمنة بمجرد استظهار بطاقة الشفاء، وكذا توفير عناء التعويض التقليدي والعمل بالوثائق الورقية، وحسناً فعل المشرع بتعميم التعاقد في القطاع الصيدلي، ليكون دافعاً لتمديده في مجالات أخرى.

ثانياً: التعاقد مع الأطباء العامين والأخصائيين (العيادات الخاصة)

تم توسيع تعاقد هيئات الضمان الاجتماعي ليشمل الخدمات الطبية المقدمة من الأطباء العامين والأخصائيين في إطار الممارسة الطبية في القطاع الخاص، بتقديم خدمات العلاج، بموجب المرسوم التنفيذي 116/09 عن طريق إبرام اتفاقية بين الطبيب العام أو الأخصائي من الممارسين الخواص،⁵⁹ ويتم ذلك بناءً على حرية اختيار المريض لطبيب المعالج وموافقة هذا الأخير، ويكون التعبير على ذلك بناءً على استمارة اختيار الطبيب المعالج والحق في تغييره، التي يتم إمضاؤها من طرف الطبيب والمريض وتسري على ذوي حقوق هذا الأخير، وهو مبدأ كرسه قانون الأخلاقيات الطبية في المادة 42 التي تعطي للمريض حرية

اختيار الطبيب أو مغادرته، ويعبر عن مظهر من مظاهر احترام إرادة المريض، فالعقد الطبي يقوم على الاعتبار الشخصي للمريض، ويتأسس على الثقة والطمأنينة والصدق الذي يميز العلاقة الإنسانية بين الطبيب بالمريض، ويعتبر من أهم المبادئ في منظومة الصحة.⁶⁰

يلتزم الطبيب العام المعالج بالفحوصات الطبية والخدمات المرتبطة بالمتابعة وتنسيق العلاجات ونشاطات الوقاية، وكذا متابعة المريض وتوجيهه. ويشمل الفحص الطبي العام وسائل التشخيص المستعملة في الممارسة العادية والأعمال التقنية التي يستدعيها الفحص، وبمسك الملف الطبي للمريض وتعيينه والحفاظة على سرية، ويتم التعاقد بنفس الإجراءات مع الطبيب الأخصائي، ويلتزم بالتنسيق مع الطبيب العام المعالج، بالرد على طلبات إبداء الرأي، وإرسال بروتوكول العلاج اللازم، والعناصر الضرورية لتحسين الملف الطبي للمريض، خصوصا إذا كان المريض يخضع للمتابعة الطبية لعدة أطباء أخصائيين.

يكلف كل من الطبيب العام والأخصائي باستعمال نظام الشفاء الالكتروني، وتسجيل الفحص الطبي والأعمال التقنية التي تمت في الفاتورة الالكترونية شرط أن تكون متكفل بها في الضمان الاجتماعي، حيث تحدد الاتفاقية النموذجية ماهية وطبيعة هذه الأعمال الطبية، ويتم تعويضهم بناء على الأجرة المحددة في هذه الاتفاقية.⁶¹

ثالثا: التعاقد مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة

لرفع الضغط على المؤسسات الاستشفائية العمومية في مجال تقديم الخدمات الطبية المتخصصة، وتعلق بما يلي:

أ) التعاقد مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة المتخصصة بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية: بموجب المرسوم التنفيذي 367/14 حدّد المشرع الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المتخصصة في طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، حيث تبادر هذه الأخيرة بتقديم ملف إداري لدى هيئة الضمان الاجتماعي للأجراء أو غير الأجراء، بإثبات السلك الطبي المتخصص و شبه الطبي المعهود إليهم التكفل بالعلاج في طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، لصالح المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الذين يعانون من أمراض

القلب والأوعية، بشرط حصولهم على الالتزام بالتكفل من هيئة الضمان الاجتماعي المعنية، ويشمل التكفل عديد الأعمال الطبية حدّدها الاتفاقية المذكورة كعملية رأب الصمام، وأورام في القلب، وجراحة الأوعية الدموية... باستثناء وضعيات الاستعجالات الطبية والجراحية.⁶²

ويستدعي قيام المؤسسة بهذا النشاط في إطار الاتفاقية، أن يكون تحت مسؤولية طبيب مختص في أمراض القلب أو جراحة القلب يعمل بالتوقيت الكامل، وينبغي أن تراعي في نشاطها النجاعة ومطابقة المقاييس العالمية، وضمان سرّية الملف الطبي للمريض، دون أن تطالب المريض بدفع أية أتعاب إذا تعلق الأمر بالأعمال الطبية التي يتم تغطيتها، كما حدّدت الاتفاقية المبالغ الجزافية لهذه الأعمال التي تدفعها هيئة الضمان الاجتماعي للمؤسسات.⁶³

ب) التعاقد مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة: من أحدث الاتفاقيات التي أبرمتها هيئات الضمان الاجتماعي، ويهدف رفع الضغط على المستشفيات العمومية، بالتزامن مع ظهور وباء كورونا، وما خلفه من انعكاسات سلبية، بادرت هيئات الضمان الاجتماعي إلى فتح باب التعاقد في مجال التكفل بالولادة، حرصا على حياة وصحة الأم والطفل المكفول في قانون الصحة، والمساهمة في توفير الشروط الصحية الآمنة والملائمة للولادة، بناء على المرسوم التنفيذي رقم 60/20 يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة، لصالح المؤمن لهن اجتماعيا، وزوجة أو زوجات المؤمن لهم اجتماعيا، حيث تتكفل المؤسسات المعنية بإعداد ملف إداري، مع ضرورة التوفر على الوسائل البشرية، والمعايير الصحية العالمية، وتتم نشاطات الولادة تحت مسؤولية طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد يمارس عمله بالتوقيت الكامل.⁶⁴

وقد حدّدت الاتفاقية الأعمال الطبية المتعلقة بالولادة والأسعار المقابلة لها، التي يتم تغطيتها، وتتراوح بين الولادة الطبيعية والقيصرية،، حيث تتم الولادة القيصرية بناء على اقتراح الطبيب المعالج، وتخضع للموافقة المسبقة لصندوق الضمان الاجتماعي، أو المراقبة البعدية في حالة ما تم الاضطرار إلى اللجوء للعملية القيصرية بسبب مضاعفات، ولا يمكن طلب دفع أتعاب أخرى من المستفيدة بشأن الأعمال الطبية، إلا إذا كانت غير محددة في هذه الاتفاقية.⁶⁵

ج) التعاقد مع البصارتين النظارتين: بموجب المرسوم التنفيذي 159/12 دخل حيز التنفيذ التعاقد مع البصارتين النظارتين، قصد الاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير في مجال النظارات الطبية لصالح الأطفال في سن التمدرس، وقبل التمدرس، ذوي حقوق المؤمن لهم اجتماعيا، الذين لا يتجاوز دخلهم 20.000 دج، ويتعلق الأمر بالاستفادة من الخدمات المتعلقة بإطارات النظارات والزجاجات المصححة، للرؤية لفائدة أمراض الرؤية كنعص البصر، وخلل في انعكاس النظر وحول العين.⁶⁶

يتم اختيار البصاراتي النظاراتي من طرف المؤمن له، ويمكن له تغييره، ويلتزم بتقديم ملف إداري لهيئة الضمان الاجتماعي للأجراء أو غير الأجراء حسب صفة المؤمن، وتقديم الخدمات الطبية اللازمة للمريض وخصوصا، تقديم إطارات النظارات الطبية والزجاجات المصححة للرؤية تنفيذا للوصفة الطبية، و ملائمة لاختيار المريض، والمبلغ الأقصى للتعويض المحدد في هذه الاتفاقية، ولا يجوز له مطالبة المؤمن له اجتماعيا بمصاريف أخرى.⁶⁷

وتلتزم هيئة الضمان الاجتماعي بتقديم أجرة الخدمات المقدمة من طرف البصاراتي النظاراتي، لكل طفل مستفيد في إطار مبلغ أقصى محدد ب 5.500 دج.

د) التعاقد مع متعاملي النقل الصحي: نظرا للأهمية القصوى لنقل المرضى لأجل العلاج في حالات عجز المريض أو في حالة الاستعجال الطبي، تم توسيع التعاقد ليشمل المتعاملين الخواص في مجال النقل الصحي بموجب المرسوم التنفيذي 218/07، الذي حدّد شروط التكفل بمصاريف النقل الصحي وكذا الاتفاقية النموذجية التي تربط هيئات الضمان الاجتماعي بمؤلاء المتعاملين، فيشترط استيفائهم لشروط إدارية وتقنية وطبية، كما أنه لا يمكن التكفل بمصاريف النقل الصحي لصالح المرضى المؤمن لهم إلا إذا كان النقل محل وصفة طبية.

ويتم التعويض بناء على تسعيرات محدّدة تناسب الأداءات المقدمة من قبل متعاملي النقل الصحي، وتختلف حسب فئة السيارة المستعملة والمسافة المقطوعة، وتعويضات إضافية جزافية وفي حالة التوقف الاضطراري، أو عند التدخل ليلا، ويقوم المتعامل بتقديم فاتورة النقل الصحي إلى مصالح الضمان الاجتماعي المعنية مرفقة بشهادة العلاج.⁶⁸

وقد بادرت إدارة الضمان الاجتماعي إلى توسيع التعاقد ليشمل خدمات صحية بالنسبة لبعض الفئات الخاصة أهمها التحاليل الطبية، وذلك بإبرام اتفاقيات مع المخابر البيولوجية للتحاليل الطبية التابعة للقطاع الخاص لفائدة أصحاب الأمراض المزمنة بهدف تقليص النفقات الصحية، بعد أن اقتصر تطبيقه في ولاية عنابة، كتجربة نموذجية.⁶⁹

المطلب الثاني: العراقيل التي تواجه التعاقد مع هياكل الصحة .

إن تطبيق الآليات القانونية كما هو الحال بالنسبة للتعاقد الصحي في إطار الضمان الاجتماعي، مرهون وجودا وعلما بمدى توقّر المناخ القانوني والاجتماعي لتيسير تفعيله، وأن الرهان الذي كان قائما منذ التسعينيات بشأن ترقية وتطوير تسيير الخدمات الصحية في إطار التعاقد أصبح ممكنا، وإن كان الأمر على مستوى القطاع الصحي العمومي قد واجه نقائص وصعوبات على المستويين القانوني والعملي جعله غير مفعّل لحد الآن، وهو ما نتعرّض له في الفرع الأول، فإن سيرورة نظام التعاقد في نطاق القطاع الصحي الخاص قد عرف تطور محتشما لأسباب وعوامل متنوعة نتطرق إليها في الفرع الثاني من هذا المبحث.

الفرع الأول: على مستوى القطاع الصحي العمومي

رغم تكريس الأفضلية القانونية والتقنية لتطبيق التعاقد، إلا أن الإجراءات والتدابير القانونية والتنظيمية المشار إليها لم تدخل حيز التنفيذ بعد، وبقيت السلطات عاجزة عن تطبيق التعاقد مع القطاع الصحي العمومي، لعدة أسباب أهمها:

أولا: عدم تفعيل التعاقد المبني أساسا على التمويل الصحي الحقيقي

تتعلق خصوصا بالاضطرابات والبلبلّة التي سببها فرض مساهمة الأفراد غير المؤمنين دفع تكاليف العلاج والاستشفاء، نظرا لعدم تقبل الأفراد الذين لا تشملهم مظلة التامين لدفع المساهمات المالية المقررة، وحتى المؤمنين لنسبة من هذه المساهمات، وإثر دخول القرار الوزاري المشترك رقم 2002 الذي يحدد طبيعة ومقدار الموارد المالية الناجمة عن النشاطات الخاصة لهيئات الصحة العمومية المذكور المتعلق بمساهمة الأفراد حيز التنفيذ، عرفت إحدى المستشفيات أحداثا عنيفة، ناجمة أساسا عن عدم قبول الأفراد غير المؤمنين دفع مصاريف العلاج أو جزء منه.⁷⁰

وفي اعتقادنا أن هذا التعطّل يرجع أساسا إلى غموض مبدأ مجانية العلاج الموروث من الأنظمة السابقة، الذي ساد لعقود طويلة في المجتمع وأذهان الأفراد، والتفسير الخاطئ لرغبة السلطات في إعطاء منظور قانوني للمجانبة على أساس أنه تخلي عنها، ما خلف سخطا في الأوساط الشعبية وحتى السياسية منها، وترتب عنه عدم الجدّية في تفعيل وتطبيق الأدوات القانونية اللازمة لتطبيق نظام التعاقد، كعدم تأهيل مكاتب الدخول بطريق جيّدة، وعدم جدّية الأطقم الطبية وشبه الطبية في التفعيل الجيد لعمليات متابعة المرضى من خلال تسجيل كل الخدمات التي يتلقاها المرضى أثناء الاستشفاء، ما يؤدي إلى العجز في تقدير مداخل المستشفى.

إلا أن القرار المذكور لم يبلغ لحدّ الآن، وهو ما يؤكد عزم الدولة على المضي قدما في تكريس التعاقد مع القطاع العمومي للصحة، خصوصا بعد تأكيد قانون الصحة 11/18 على إمكان مساهمة الأفراد في تكاليف العلاج والاستشفاء باستثناء حالات الاستعجال كما سبق توضيحه.

ثانيا: عدم التوصل إلى ضبط الفئات المحرومة التي تستفيد من التغطية العمومية للخدمات الصحية:

لم تتوصل الدولة لحد الآن لضبط حقيقي للفئات المستفيدة من دعم من الدولة - بشكل قطعي، حيث أن الاستفادة من مجانية العلاج يجب أن يتم على أساس منظور قانوني حقيقي، وقد حدد المرسوم التنفيذي 12/01 المذكور معيارا قانونيا لتحديد الشخص المحروم، للتمكن من تطبيق نظام التعاقد مع المؤسسات العمومية للصحة، وهو معيار الدخل وهو الغير مؤمن له اجتماعيا الذي يتقاضى دخل يساوي أو يقل عن 50 بالمئة من المبلغ الشهري الأدنى من معاش التقاعد (أي 75 بالمئة من الأجر الأدنى المضمون). ونرى عدم دقة هذا المعيار وعدم كفايته، لعدة أسباب أهمها انتشار العمل غير نظامي المأجور وغير المأجور وعدم التصريح بمستوى الدخل الحقيقي، وهو ما يصعب التعرف على هذه الفئة، بالإضافة إلى تشعب القوانين المتعلقة بالفئات المحرومة.

وفي إطار تحديد الفئات الهشة أو المحرومة في المجتمع، تعكف الحكومة حاليا على دراسة الآليات الكفيلة بمعرفة هذه الفئة وإحصائها، وتمكينها من الحصول على الدعم بالتعويض المباشر من الدولة تطبيقا لما تضمنه قانون المالية لسنة 2022، في إطار سياسة مراجعة وتعديل أسعار المنتوجات المدعمة، والانتقال

من الدعم المعمم غير المباشر إلى الدعم الموجه المباشر للانتقائي، من خلال إنشاء جهاز يتكفل بتحديد معايير الاستفادة من التحويلات النقدية مباشرة. ونعتقد أنه لو تحقق ذلك فسيكون دعامة حقيقية لتطبيق نظام التعاقد في إطار القطاع العمومي للصحة.⁷¹

الفرع الثاني: على مستوى القطاع الصحي الخاص

يعرف التعاقد مع القطاع الصحي الخاص توسعا ملحوظا، من حيث الخدمات ساهم بشكل بارز في إسناد القطاع العمومي، خصوصا في بعض الخدمات الصحية المتخصصة في إطار المؤسسات الطبية الخاصة، كعلاج مرضى القلب والشرايين وجراحة القلب، والتكفل بحالات الولادة المختلفة، مما أدى إلى رفع العبء على المستشفيات العمومية، ومن جهة أخرى عرف ملف التعاقد تعثرا و تراجعاً في خدمات صحية محددة، ونورد فيما يأتي أهم العوائق خصوصا من الجانب العملي التي تواجهها، ونجملها في أسباب موضوعية، وسبب شكلي:

أولا: الأسباب الموضوعية

يمكننا تصنيفها في ما يلي:

أ) قيمة التعويضات المقررة للخدمات الطبية وآجال دفعها: بلغ التعاقد نسبة ضئيلة قدرت ب 7% سنة 2015 من مجموع الأطباء، على مستوى الأطباء الممارسين الخواص عامين وأخصائيين، حيث يلاحظ عزوف عن التعاقد وتراجع من تعاقدوا من قبل، ويرجع السبب إلى انخفاض قيمة التعويضات المخصصة للفحوص والأعمال الطبية التي اعتبرها الأطباء ممثلين بنقباتهم زهيدة وغير مشرفة،⁷² وقد اعتبر البعض أن تحديد قيمة الفحوصات في إطار التعاقد مخالف للمادة 65 من مدونة أخلاقيات الطب التي تمنع إرخاص الأتعب بممارسة تخفيض السعر أو اقتضائه جزافا بهدف التنافس، ونرى من جانبنا أن الأسعار المنخفضة الجزافية في مجال التعاقد، تمت في إطار رضائي بإرادة الأطراف الذين يتمتعون بحرية فسخ هذه الاتفاقات، وهي ذات بعد اجتماعي حمائي وليس تنافسي.⁷³

ومن جهة أخرى، نعتقد بوجود مراجعة مدونة أسعار الأعمال والخدمات الطبية للأطباء الممارسين الخواص عاميين وأخصائيين، بحيث يتم تعويض الضمان الاجتماعي على أساس هذه الأسعار،

و نشير إلى أن آخر تحديد وتعيين للقيمة النقدية للأعمال الطبية المعتمدة للتعويض من طرف الضمان الاجتماعي، كان بموجب القرار الوزاري المشترك ل14 جويلية 1987.⁷⁴

(ب) وجود الثغرات القانونية والنقائص: لقد طرحت إشكالات بالنسبة للهيكل الطبية المعنية في تطبيق التعاقد، بسبب عدم توحيد نطاق الاستفادة، مثلا على مستوى التكفل بالولادة، يمكن للمعنية إعداد ملف يتم قبوله في المؤسسة الخاصة، وتفاجئ في الأخير بعدم وجود أسرة فارغة في المؤسسة المعنية المسجل لديها، فتحرم من الاستفادة، حيث لا يسمح لها بالاستشفاء لدى عيادة أخرى متعاقد.

(ج) ضعف الرقابة الطبية القبلية على نشاط المؤسسات والهيكل الصحية الخاصة بالنسبة للخدمات الاستشفائية المتخصصة: حيث يسعى بعض مقدمي العلاج الخواص، إلى التحايل بهدف استغلال هذه الاتفاقيات ماديا، وتقديم خدمات لا تناسب وضعية المريض الصحية للحصول على تعويض أكبر، خصوصا في مجال التدخلات الطبية والجراحية المعقدة، فمثلا يمكن في اتفاقيات الولادة أن تكون الولادة طبيعية، ومع ذلك يتم اللجوء إلى العملية القيصرية للاستفادة المادية أكثر، ما يؤدي إلى استنزاف أموال الضمان الاجتماعي.

(د) ضعف الكفاءة والتخصص الطبي والإداري للعاملين: وهنا تبرز أهمية التنسيق والرقابة من الناحية الفنية والإدارية المتعلقة بالخدمات الصحية المقدمة، وهذا يتطلب موارد بشرية متخصصة ذوي تكوين وخبرة في كل التخصصات محل التعاقد، حيث يتطلب نجاح النمط التعاقدى توفير الكفاءات البشرية القادرة على مواجهة كل الحالات و الاستجابة للتغيرات، على مدار رحلة الوقاية والعلاج، سواء على مستوى مكاتب الدخول، أو على مستوى المصالح المؤسسات والهيكل الصحية بالنسبة للطواقم الطبية وشبه الطبية، أو على مستوى الإداري والطبي في هيكل الضمان الاجتماعي.⁷⁵

ثانيا: سبب شكلي

يتمثل أساسا في ضعف قنوات الربط بين مؤسسات ومهني الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي والتعامل في إطار نظام الشفاء، حيث أن آلية الدفع المعتمدة على الرقمنة، وإن كانت قد رفعت عناء الإجراءات والوثائق الإدارية إلا أنه يترتب عنها إشكالات تقنية، ومن جهة أخرى فإن الكثير من المتعاملين

الخواص في إطار التعاقد، يشتمون من كثرة الأعباء الإدارية المتعلقة بالرقابة التي تمارسها هيئات الضمان الاجتماعي، وجلسات التنسيق والتقييم... وفي تقييم هيئات الضمان الاجتماعي لهذه الصيغة ترى بأنها تستنزف أموالاً أكثر، ويجب إعادة النظر فيها.

4. خاتمة

إن رهان تطبيق التعاقد كمنظومة في تسيير الخدمات الصحية في إطار الضمان الاجتماعي مر بأشواط كثيرة، وتعثرت منذ بدايته والسبب يرجع أساساً إلى غياب الأسس القانونية الصلبة، وكذا أسباب اجتماعية سلوكية تتعلق بغموض مفهوم مجانية العلاج لدى الأوساط الشعبية و بعض النخبة، ومن ثم تطالب الأمر خلال هذين العقدتين، تهيئة بيئة قانونية لتتكيف مع التحولات الجديدة بما فيها الدور الذي يجب أن يلعبه القطاع الصحي الخاص كشريك في المنظومة الصحية، و بيئة تقنية بالاستفادة من تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في تقديم الخدمات الصحية.

لم يفعل التعاقد لحد الآن على مستوى القطاع الصحي العمومي، وتعتبر النتائج المحصلة في القطاع الخاص جديرة بالاهتمام، يحتاج إلى متابعة وتدقيق لتجاوز النقائص وسد الثغرات، على المستوى القانوني والتقني والاجتماعي.

ولأجل إثراء هذه الورقة البحثية نقدم الاقتراحات التالية:

* ضرورة التوصل إلى ضبط الفئات المشتهة والمحرومة بتحديد ما قانوناً وتوجيه الدعم لها في مجال العلاج، وبالموازاة مع ذلك تشجيع التأمينات الصحية الاقتصادية، كما ينص عليه قانون الصحة 11/18 خارج إطار الضمان الاجتماعي، بالنسبة للفئات غير المؤمنة لأجل بسط المظلة التأمينية في مواجهة خطر الأمراض لكل شرائح المجتمع.

* الجدية في تهيئة الأدوات الداخلية داخل مؤسسات وهياكل الصحة العمومية، للتوصل إلى التمويل الحقيقي، بعصرنة وتحديث مكتب الدخول، والتدقيق في صحة المعلومات وتقييم فعلي وعلمي لتكاليف الاستشفاء والعلاج في المستشفيات، طبقاً لما ورد في المرسوم التنفيذي 101/04 المتعلق بكيفيات مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانية المؤسسات الصحية، وكذا قانون الصحة 11/18.

* تكثيف التكوين لمنتسبي القطاع الصحي و قطاع الضمان الاجتماعي والتنسيق بينها لإدارة النمط التعاقدى، وتوفير الأطباء ذوي التخصص في كل المجالات الطبية، على مستوى هياكل الضمان الاجتماعى.

* تسهيل عملية الرقابة القبلية والبعديّة على نشاطات الهياكل الصحية، للحيلولة دون استخدام الغش والتواطؤ لاستنزاف أموال الضمان الاجتماعى. ومن شأن الإسراع في إعداد الملف الطبي الإلكتروني الوحيد الذي كرسه قانون الصحة 11/18 في تدعيم عملية الرقابة.

ونخلص في الأخير إلى أن الدور المنوط بالمؤسسات والهياكل الصحية في القطاع العام أو الخاص، في سياق النمط التعاقدى، هو تحقيق المردودية والنجاعة في تقديم الخدمات، ويتم ذلك في إطار تنافسي مشروع، مقابل تمويل حقيقي موضوعي، ما يجعل القطاع الصحي يساير الحركية والتقدم. ونشير إلى أنه حتى في ظل تفعيل التعاقد تحتاج المؤسسات العمومية الصحية إلى ترقية الأداء، وهو الأمر الذي سيجعلها في تنافسية حادة مع القطاع الخاص المستفيد الأكبر من النمط التعاقدى، لأن حقوق المريض ذات الجانب الإنساني تعادل في أهميتها حقوقه المتعلقة بالعلاج. ما من شأنه أن يمنح المبدأ الدستوري الذي يكرّس الحق في الصحة وفي الضمان الاجتماعى مدلولاً حقيقياً، وبصورة عادلة.

5. قائمة المراجع

أولاً: أهم النصوص القانونية

- 1) مرسوم رئاسي رقم 242/20 مؤرخ في 30 ديسمبر 2020، يتعلق بإصدار التعديل الدستوري، جريدة رسمية العدد 82 مؤرخة في 2020/12/30.
- 2) القانون 11/18 المتعلق بالصحة، مؤرخ في 02 يوليو 2018، جريدة رسمية عدد 46 لسنة 2018.

- 3) القانون 11/83 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، جريدة رسمية العدد 28 لسنة 1983، المعدل والمتمم بموجب القانون 01/08 المؤرخ في 23 يناير 2008، جريدة رسمية العدد 04، لسنة 2008.
- 4) المرسوم التنفيذي 218/07 مؤرخ في 10 يوليو 2007 يحدد شروط وكيفيات التكفل بمصاريف النقل الصحي وتسهيلات تعويضها من قبل هيئات الضمان الاجتماعي، جريدة رسمية العدد 46 لسنة 2007.
- 5) المرسوم التنفيذي 396/09 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات، جريدة رسمية العدد 70 لسنة 2009.
- 6) المرسوم التنفيذي 116/09، المؤرخ في 07 أبريل 2009، يتضمن الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، جريدة رسمية العدد 23 لسنة 2009.
- 7) المرسوم التنفيذي 159/12 مؤرخ في أبريل 2012 يتضمن الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصارتين النظارتين، جريدة رسمية العدد 20 لسنة 2012.
- 8) المرسوم التنفيذي 367/14 مؤرخ في 15 ديسمبر 2014 يحدد الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، جريدة رسمية العدد 75 لسنة 2014.
- 9) المرسوم التنفيذي 11/15 مؤرخ في 14 يناير 2015، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة، جريدة رسمية العدد 04 لسنة 2015.
- 10) المرسوم التنفيذي 07/92 مؤرخ في 04 يناير 1992، يتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي لها، جريدة رسمية العدد 2 لسنة 1992.

- 11) المرسوم التنفيذي 119/93، مؤرخ في 15 ماي 1993 يتعلق بالقانون الأساسي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، جريدة رسمية العدد 33 لسنة 1993.
- الأمر 04/68 المؤرخ في 08 يناير 1968، والمرسوم الرأسي 99/99 المتضمن تعديل أحكام
- 12) المرسوم التنفيذي 321/07 المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، مؤرخ في 22 أكتوبر 2007، جريدة رسمية عدد 67 لسنة 2007.
- 13) المرسوم تنفيذي 12/01 مؤرخ في 21 يناير 2001 يحدد كفاءات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا، جريدة رسمية العدد 06 لسنة 2001.
- 14) المرسوم التنفيذي 116/10 المؤرخ في 18 أبريل 2010، يحدد مضمون البطاقة الالكترونية للمؤمن له اجتماعي والمفاتيح الالكترونية لهياكل العلاج ومهني الصحة وشروط تسليمها واستعمالها وتجديدها، جريدة رسمية عدد 26 لسنة 2010.
- 15) المرسوم التنفيذي 218/07 مؤرخ في 10 يوليو 2007، جريدة رسمية عدد 46 لسنة 2007.
- 16) المرسوم التنفيذي رقم 276/92 مؤرخ في 6 يوليو 1992 يتعلق بمدونة أخلاقيات الطب، جريدة رسمية عدد 52 لسنة 1992.

ثانيا: الكتب

- 1) العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية ، الجزء الثاني ، دار هومة، الجزائر، 2014.
- 2) رايس محمد، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، دار هومة، الجزائر، 2010.

3) Jean- Paul ségade, la contractualisation à l'hôpital, Masson, (3 Paris, 2000.

ثالثا: المقالات

- 1) نور الدين حاروش، النهج التعاقدي في القطاع الصحي كأسلوب تسييري لترشيد النفقات وجودة الخدمات، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، منشورات دار الأديب، السادسة الثاني، 2018.
- 2) عبد الله قادية، الحق في الصحة في قانون الضمان الاجتماعي، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، منشورات دار الأديب، السادسة الثاني، 2018.
- 3) عباوي نجاه، الحماية الجزائرية لبطاقة الشفاء الإلكترونية، مجلة الحقيقة العدد 41، 2014.
- 4) سكيل رقية، تكييف المنظومة التشريعية مع عصرنة منظومة الضمان الاجتماعي، الإطار القانوني للبطاقة الإلكترونية الشفاء.
- 5) ماموني فاطمة الزهراء، واقع الضمان الاجتماعي في الجزائر والآفاق نحو تعزيز الحماية الاجتماعية المستدامة، حوليات جامعة الجزائر 1 العدد 33 الجزء الرابع، ديسمبر 2019.

رابعاً: الرسائل

- 1) عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، قسم القانون العام، جامعة الجزائر، 2012، 2013.

خامساً: مواقع إلكترونية

- 1) جريدة الحوار الإلكترونية، 23 يوليو 2020، تم الاطلاع في 2 فبراير 2022، على الساعة 11.50.
- 2) جريدة الشروق أونلاين، مجانية التحليل الطبية لأصحاب الأمراض المزمنة قبل نهاية السنة، بتاريخ 2012/07/01، تم الإطلاع بتاريخ 2022/02/09، على الساعة 12.46.
- 3) عبد الحكيم حدافة، مقال منشور بتاريخ 2021/11/3 على الموقع الإلكتروني: Aljazeera.net/epsnss تاريخ الاطلاع 2022/03/22، الساعة 20,20.

الهوامش:

¹ حيث نصت المادة 12 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة، مؤرخ في 02 يوليو 2018، جريدة رسمية عدد 46 لسنة 2018، على أن الدولة تضمن ضمان تجسيد الحق في الصحة، ونصت المادة التالية لها مباشرة على ضمان الحصول على مجانية العلاج لكل المواطنين، وكان القانون 05/85 قد كرس ذات المبدأ في المواد 20 و 22 منه دون التطرق إلى الحق في الصحة، قانون مؤرخ في 16 فبراير 1985 الملغى، جريدة رسمية العدد 08 لسنة 1985.

² أول قانون كرس مبدأ مجانية العلاج هو الأمر رقم 65/73 مؤرخ في 1973/12/28 يتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية، أول قانون للصحة وهو الأمر 79/76 مؤرخ في 1976/10/23، القانون 05/85 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها المذكور في المادة 228 منه، القانون المتعلق بالصحة 11/18 المذكور في المواد 300 و 329 و 330 منه.

³ مسaire لما تضمنته الاتفاقية رقم 102 لسنة 1952 حول الحد الأدنى للضمان الاجتماعي، ويوافق ما ذهب إليه التشريع الدولي في إطار الإعلان العالمي لحقوق الإنسان في مادته 22 التي أشارت إلى حق كل إنسان بصفته عضو في المجتمع في الضمان الاجتماعي.

⁴ الملاحظ أن الدستور الجزائري في المادة 66 يضمن حق العامل في الضمان الاجتماعي بينما في المادة 63 أقر الحق في الرعاية الصحية هو حق لكل المواطنين وخصوصا الفئات المعوزة والمحرومة، التي تستفيد من التغطية الصحية المجانية بدعم من الدولة، مرسوم رئاسي رقم 242/20 مؤرخ في 30 ديسمبر 2020، يتعلق بإصدار التعديل الدستوري، جريدة رسمية العدد 82 مؤرخة في 2020/12/30.

Jean- Paul ségade, LA CONTRACTULISATION à l'hôpital, Masson, Paris, ⁵ 2000, p. 01.

⁶ يرجع إلى عبد الله قادية، الحق في الصحة في قانون الضمان الاجتماعي، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، منشورات دار الأديب، السادسة الثاني، 2018، ص.40.

⁷ نور الدين حاروش، النهج التعاقدية في القطاع الصحي كأسلوب تسييري لترشيد النفقات وجودة الخدمات، مؤلف جماعي بعنوان السياسة الصحية في الجزائر، مرجع سابق، ص.293، 294.

⁸ نفس المرجع، نفس الصفحة.

⁹ العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، الجزء الثاني، دار هومة، الجزائر، 2014، ص. 14.

¹⁰ تنص المادة على " يستفيد من نظام الدفع من قبل الغير كل المؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم، الذين يقصدون الأطباء ومؤدوا الخدمات شبه الطبية، والمؤسسات الصحية الخاصة والصيدليات الخاصة أو العمومية الذين تربطهم اتفاقيات مع هيئات الضمان الاجتماعي"، القانون 11/83 المؤرخ في 2 يوليو 1983 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، جريدة رسمية العدد 28 لسنة 1983، وبعد تعديل المادة بموجب القانون 01/08 المؤرخ في 23 يناير 2008 أصبحت صياغتها كما يأتي: "يدفع المؤمن له مبلغ

- المصاريف ويطلب من الضمان الاجتماعي تعويضاً، إلا في حالة ما إذا قصد طبيباً أو صيدلية أو مؤسسة علاج قد أبرمت اتفاقية تسمح لها بالاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير"، جريدة رسمية العدد 04، لسنة 2008.
- ¹¹ كانت أولها اتفاقية نموذجية بين صندوق التأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء وعيادات الولادة التابعة للقطاع الخاص سنة 1993، بموجب القرار المؤرخ في 08 أوت 1998، جريدة رسمية العدد 83 لسنة 1993، واتفاقية نفس الصندوق مع المراكز الطبية الاجتماعية التابعة للمؤسسات العمومية أو التعاقدات سنة 1993، وأول اتفاقية نموذجية تم صياغتها مع الصيدليات سنة 1997 بناء على المرسوم التنفيذي 472/97 مؤرخ في 08 ديسمبر 1997، جريدة رسمية العدد 82 لسنة 1997.
- ¹² الملحق بالمرسوم التنفيذي 218/07 مؤرخ في 10 يوليو 2007 يحدد شروط وكيفيات التكفل بمصاريف النقل الصحي وتسهيلات تعويضها من قبل هيئات الضمان الاجتماعي، جريدة رسمية العدد 46 لسنة 2007.
- ¹³ المرسوم التنفيذي 396/09 المؤرخ في 24 نوفمبر 2009، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي والصيدليات، جريدة رسمية العدد 70 لسنة 2009.
- ¹⁴ المرسوم التنفيذي 116/09، المؤرخ في 07 أبريل 2009، يتضمن الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والأطباء، جريدة رسمية العدد 23 لسنة 2009.
- ¹⁵ المرسوم التنفيذي 159/12 مؤرخ في أبريل 2012 يتضمن الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والبصارتين النظارتين، جريدة رسمية العدد 20 لسنة 2012.
- ¹⁶ بناء على المرسوم التنفيذي 367/14 مؤرخ في 15 ديسمبر 2014 يحدد الاتفاقية النموذجية بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، جريدة رسمية العدد 75 لسنة 2014.
- ¹⁷ بناء على المرسوم التنفيذي 11/15 مؤرخ في 14 يناير 2015، يحدد الاتفاقية النموذجية المبرمة بين هيئات الضمان الاجتماعي ومراكز تصفية الدم الخاصة، جريدة رسمية العدد 04 لسنة 2015.
- ¹⁸ مرسوم تنفيذي 60/20 مؤرخ في 14 مارس 2020، جريدة رسمية عدد 16 لسنة 2020، وستتطرق إلى هذه الاتفاقيات بمزيد من التفصيل في الفرع الثاني من المطلب الأول من المبحث الثاني.
- ¹⁹ العلواني عديلة، مرجع سابق، ص. 100.
- ²⁰ المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 01/93 مؤرخ في 19 يناير 1993، المتضمن قانون المالية لسنة 1993، جريدة رسمية عدد 4 لسنة 1993.
- ²¹ المادة 300 بقولها "تسجل سنويا الاعتمادات المالية الضرورية لتأدية مهام المؤسسة العمومية للصحة في ميزانية الدولة.

- تتأتى الموارد المالية للمؤسسة العمومية للصحة على الخصوص مما يأتي:... - مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما..."، وتنص المادة 330 من نفس القانون على "تضمن هيئات الضمان الاجتماعي مساهمة بعنوان التغطية المالية لمصاريف العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم من طرف المؤسسات العمومية للصحة على أساس تعاقدى مع الوزارة المكلفة بالصحة". ونشير إلى أن التمويل يتم عن طريق تقدير حقيقي -بدلا عن التقدير الجزائي- للخدمات الحقيقية المقدمة لصالح المؤمن عليهم وذوي حقوقهم المتكفل بهم في المؤسسات الصحية وبآليات حددها المشرع كما سنرى لاحقا.

22 عبد الله قادية، مرجع سابق، ص. 47.

23 مؤرخ في 06 يوليو 1997، المعدل والتمم للقانون 11/83، جريدة رسمية العدد 42 مؤرخة في 1997/07/07.

24 بقولها "يدفع المؤمن له اجتماعيا مبلغ المصاريف ويطلب من الضمان الاجتماعي تعويضا إلا في حالة ما إذا قصد طبيا أو صيدليا أو مؤسسة علاج قد أبرمت اتفاقية تسمح لهم بالاستفادة من نظام الدفع من قبل الغير"، وقد تم استحداث آلية الدفع من قبل الغير بموجب قانون 11/83 و الأمر 17/96 المعدل للقانون 11/83، جريدة رسمية العدد 42 لسنة 1996 تماشيا مع إنشاء نظام التعاقد.

25 المادة 19 من الاتفاقية النموذجية المبرمة مع الصيدليات، والمادة 13 من الاتفاقية المبرمة مع الطبيب الأخصائي الممارس الخاص، والمادة 15 من الاتفاقية المبرمة مع الطبيب العام الممارس الخاص، والمادة 11 من الاتفاقية المبرمة مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة المرخص لها بالقيام بنشاطات طب وجراحة القلب وأمراض القلب والأوعية، والمادة، والمادة 11 من الاتفاقية النموذجية المبرمة مع المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة.

26 مؤرخ في 18 أبريل 2010، جريدة رسمية العدد 26 مؤرخة في 21 أبريل 2010.

27 البطاقة الإلكترونية هي بطاقة بلاستيكية مسلمة من المؤسسة المصدرة لها، وتحمل اسمها وشعارها، تسلّم إلى حاملها وتسمح له بالحصول على السلع والخدمات دون وفاء مباشر، كما تمكّنه من سحب المبالغ المالية من أجهزة التوزيع الإلكتروني، وتدخل بطاقة الشفاء ضمن النوع الأول حيث تسمح لحاملها من الحصول على الخدمات الصحية التي يحتاجها، ينظر إلى عباوي نجاة، الحماية الجزائية لبطاقة الشفاء الإلكترونية، مجلة الحقيقة العدد 41، 2017، ص. 293.

28 بقولها "ثبتت صفة المؤمن له اجتماعيا ببطاقة إلكترونية. تحدّد تسمية البطاقة الإلكترونية ومضمونها وشروط تسليمها واستعمالها، وحالات تجديدها وتحيينها وتعويضها في حالة السرقة أو الضياع عن طريق التنظيم".

29 المادتين 19 و 31 من المرسوم التنفيذي 396/09 المذكور، والمادتين 30 و 31 من المرسوم التنفيذي 367/14 المذكور، والمادة 11 من المرسوم التنفيذي 60/20.

30 المرسوم التنفيذي 07/92 مؤرخ في 04 يناير 1992، يتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الإداري والمالي لها، جريدة رسمية العدد 2 لسنة 1992.

- ³¹ المرسوم التنفيذي 119/93، مؤرخ في 15 ماي 1993 يتعلق بالقانون الأساسي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء، جريدة رسمية العدد 33 لسنة 1993.
- ³² الأمر 04/68 المؤرخ في 08 يناير 1968، والمرسوم الرأسي 99/99 المتضمن تعديل أحكام القانون الأساسي للصندوق العسكري للضمان الاجتماعي والاحتياط مؤرخ في 20 أبريل 1999، جريدة رسمية العدد 29 لسنة 1999.
- ³³ يرجع إلى المادة 308 التي تحدد الهياكل والمؤسسات الخاصة للصحة وهي "المؤسسات الاستشفائية الخاصة، المؤسسات الخاصة للعلاج والتشخيص، هياكل الممارسة الفردية والجماعية، الصيدليات، مخابر التحاليل الطبية والهياكل المعتمدة للنقل الصحي". وقد نظم المرسوم التنفيذي 321/07 المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها، مؤرخ في 22 أكتوبر 2007، جريدة رسمية عدد 67 لسنة 2007، ونشير إلى أن المؤسسات الاستشفائية الخاصة كانت تسمى العيادات الخاصة، وقد انتقدت هذه التسمية لكونها تقوم بنفس مهام المستشفيات وتستفيد من مزايا التعاقد...
- ³⁴ حيث لاحظنا أن صندوق الضمان الاجتماعي العسكري اتجه إلى إبرام اتفاقية مع المؤسسات الخاصة للمساعدة الطبية على الإنجاب- المنصوص عليها بموجب القانون المتعلق بالصحة 11/18 المذكور في مجال البيوأخلاقيات- يستهدف استفادة مؤمنيه وأزواجهم من الخدمات الصحية المجانية للتلقيح الاصطناعي الداخلي والخارجي، حيث تعجز المصالح العمومية التي تعد على الأصابع عن تغطية هذه الخدمات النوعية، في حين لم تتجه هيئات الضمان الاجتماعي الأخرى إلى ذلك، ويعتبر هذا في نظرنا مساساً بمبدأ المساواة في إطار الضمان الاجتماعي.
- ³⁵ مرسوم تنفيذي 12/01 مؤرخ في 21 يناير 2001 يحدد كفاءات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعياً، جريدة رسمية العدد 06 لسنة 2001، وقد حددت المادة 2 منه بأنه يشمل الأشخاص غير المؤمن لهم اجتماعياً الذين لديهم دخل يساوي أو يقل عن 50 بالمئة من المبلغ الشهري الأدنى من معاش التقاعد، وذوي حقوقهم.
- ³⁶ مرسوم تنفيذي 139/13 المحدد لشروط وكفاءات منح بطاقة الشخص المسن، مؤرخ في 10 أبريل 2013، جريدة رسمية العدد 21 لسنة 2013.
- ³⁷ قرار وزاري مشترك رقم 50 مؤرخ في 26/01/2002 صادر عن وزارة الصحة والسكان ووزارة المالية.
- ³⁸ يرجع إلى المواد 65 و 65 مكرر، مكرر 1، 2، و 3 من القانون 11/83 المعدل والمتمم بالقانون 01/08 المؤرخ في 23 يناير 2008، جريدة رسمية عدد 4 لسنة 2008، والمواد من 11 إلى 15 من الاتفاقية النموذجية مع الطبيب العام الممارس الخاص المذكورة، والمادتان 11 و 12 من الاتفاقية النموذجية للتكفل بالولادة المذكورة، والمادتين 11 و 12 من الاتفاقية مع المؤسسات الاستشفائية في مجال طب وجراحة القلب المذكورة، والمادتين 42، 43 من المرسوم التنفيذي 116/10 المذكور.
- ³⁹ المادة 6 مكرر 2 من القانون 11/83 المعدل والمتمم المذكور، والمادة 19 من المرسوم التنفيذي 116/10، مؤرخ في 18 أبريل 2010 المذكور.

40 يرجع إلى سكيل رقية، تكييف المنظومة التشريعية مع عصرنة منظومة الضمان الاجتماعي، الإطار القانوني للبطاقة الإلكترونية الشفاء، ص. 91.

41 المواد من 35 إلى 41 من المرسوم التنفيذي 116/10 المذكور، دون الإخلال بالأحكام الجزائية الواردة في قانون العقوبات بموجب القانون رقم 15/04 المتعلق بجرائم المساس بأنظمة المعالجة الآلية للمعطيات.

42 ومن أهم الجرائم جنحة تسليم أو استلام البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا أو المفتاح الإلكتروني لهيكل العلاج بهدف الاستعمال غير المشروع، ويعاقب عنها بعقوبة الحبس من سنتين إلى خمس سنوات، وبغرامة من 100.000 إلى 200.000 د.ج. وجنحة التغيير عن طريق الغش للمعطيات التقنية و/أو الإدارية المدرجة في البطاقة الإلكترونية، أو المفتاح الإلكتروني لمهني الصحة بالتعديل أو الحذف الكلي أو الجزئي، بعقوبة من سنتين إلى خمس سنوات، والغرامة من 500.000 د.ج. إلى 1.000.000 د.ج. و تذكر أيضا جنحة إعداد أو تعديل أو نسخ بطريقة غير مشروعة البرمجيات التي تسمح بالوصول أو باستعمال المعطيات المدرجة في البطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا، أو في المفتاح الإلكتروني لهيكل العلاج أو مهني الصحة، وجنحة النسخ أو الصناعة أو الحياة أو التوزيع غير المشروع للبطاقة الإلكترونية للمؤمن له اجتماعيا أو المفتاح الإلكتروني لمهني الصحة، كما نص المشرع على مسؤولية الشخص المعنوي في هذا الصدد في المادة 93 مكر 5 حيث يعاقب الشخص المعنوي على كل الجرائم المذكورة بغرامة تساوي خمس مرات المبلغ الأقصى للغرامة المقررة للشخص الطبيعي، لمزيد من التفصيل يرجع إلى عباوي نجاة، مرجع سابق، ص. 300 وما يليها.

43 المواد 8 و 10 و 17 من الاتفاقية النموذجية بين هيآت الضمان الاجتماعي والطبيب العام الممارس الخاص، والمواد 8، و 9 و 15 من الاتفاقية النموذجية بين هيآت الضمان الاجتماعي والطبيب الأخصائي الممارس الخاص، والمواد 8 و 16 من الاتفاقية بين هيآت الضمان الاجتماعي والبصاراتيين النظاراتيين، المشار إليها سابقا.

44 المادة 26، والمادة 292 من القانون 11/18 المتعلق بالصحة.

45 المواد من 6 إلى 16 من المرسوم 116/10 المذكور. ولمزيد من التفصيل عباوي نجاة، مرجع سابق، ص. 297 وما يليها.

46 المواد من 5 إلى 12 من المرسوم التنفيذي 116/10.

47 لم يتخلّ المشرع عن هذا المبدأ منذ إقراره، فتجده مكرسا في كل التشريعات المتعلقة بالصحة منذ الاستقلال.

48 الإشارة إلى أن مبلغ التمويل هذا لم يكن يتعدّى حوالي 7,6 مليار دينار جزائري، ليرتفع إلى 57,2 مليار دينار جزائري، يرجع إلى ماموني فاطمة الزهراء، واقع الضمان الاجتماعي في الجزائر والآفاق نحو تعزيز الحماية الاجتماعية المستدامة، حوليات جامعة

الجزائر 1 العدد 33 الجزء الرابع، ديسمبر 2019، ص. 104، 105.

49 المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 01/93 المذكور.

50 مؤرخ في أول أبريل 2004، جريدة رسمية العدد 20 لسنة 2004.

51 يرجع إلى المواد 2، 4، 3 من المرسوم التنفيذي 101/04 المذكور.

52 في بداية 2005 تم إنشاء لجنتين مركزيتين لتحديد مدونة وتسعيرة الأداءات الطبية، في بالتنسيق مع وزارة الصحة والضمان الاجتماعي ووزارة التضامن، التي عجزت في التوصل إلى نتائج نهائية وحاسمة، يرجع إلى نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص. 301.

53 تتمثل البيانات في: الاسم واللقب، ورقم التسجيل في الضمان الاجتماعي، مكان الإقامة الولاية والبلدية، تخصص المصلحة الاستشفائية المقدمة للخدمات، طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة، مدة الإقامة، تكلفة الأداءات المقدمة .

54 وبالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة فيخضع تنظيمها القانوني، للمرسوم التنفيذي 321/07 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 المتضمن تنظيم المؤسسة الاستشفائية الخاصة وسيورها.

55 الأمر 07/06 الصادر في 15/07/2006 ، جريدة رسمية عدد 47 لسنة 2006، ويعود إقحام الخواص في النشاط الطبي إلى قانون 15/88 الذي سمح لهم بالخوض في مجال الاستثمار في الصحة لأول مرة بإنشاء العيادات الخاصة وعيادات الفحص الطبي، وقد كان هذا القانون يسمح فقط باستغلالها من قبل تعاضديات وجمعيات لا تحذف إلى الربح، أو من طبيب أو تجمع أطباء ولا تخضع في ذلك للقانون التجاري.

56 المرسوم التنفيذي 472/97 مؤرخ في 08/12/1997، يتعلق بالاتفاقية النموذجية التي يجب أن تتطابق مع أحكامها الاتفاقيات المبرمة بين صناديق الضمان الاجتماعي والصيدليات، جريدة رسمية عدد 82 لسنة 1997.

57 مرسوم رقم 27/84 مؤرخ في 11 فبراير 1984 معدل ومتمم يحدد كليات تطبيق العنوان الثاني من القانون 11/83 المتعلق بالتأمينات الاجتماعية، جريدة رسمية عدد 07 لسنة 1984.

58 سكيل رقية، تكييف المنظومة التشريعية مع عصريته منظومة الضمان الاجتماعي، الإطار القانوني للبطاقة الإلكترونية الشفاء، ص. 89 وما يليها...

59 المادة 4 من الاتفاقية النموذجية بين هيئة الضمان الاجتماعي والطبيب العام الممارس الخاص المذكورة، والمادة 4 من الاتفاقية النموذجية بين هيئة الضمان الاجتماعي والطبيب الأخصائي الممارس الخاص، المذكورة توضحان الملف موضوع الاتفاقية.

60 المرسوم التنفيذي رقم 276/92 مؤرخ في 6 يوليو 1992 يتعلق بمدونة أخلاقيات الطب، جريدة رسمية عدد 52 لسنة 1992، تقابلها المادة 6 من قانون أخلاقيات مهنة الطب الفرنسي لسنة 2002، يرجع إلى رايس محمد، المسؤولية المدنية للأطباء في ضوء القانون الجزائري، دار هومة، الجزائر، 2010، ص. 437.

61 المادة 13 من الاتفاقية النموذجية بين هيئة الضمان الاجتماعي والطبيب العام، والمادة 11 من الاتفاقية النموذجية التي تربط هيئة الضمان الاجتماعي، والأطباء الأخصائيين، مرسوم تنفيذي 116/09 المذكور، وقد حدّدت أجرة الطبيب العام ب 250 دج عن كل فحص طبي، و أجرة الطبيب الأخصائي ب 400 دج.

62 يرجع إلى الاتفاقية النموذجية المذكورة، الجدول رقم 1.

63 التي تتراوح من 39.720 دج إلى 972.500 دج نفس الاتفاقية، الجدول رقم 1 .

- 64 بدأت عملية التعاقد مع 28 عيادة صحية في 23 ولاية ليتم توسيعها إلى 29 عيادة أخرى في كل ولايات الوطن، وقد اعتمدت المرونة في التعامل مع عيادات الجنوب، حيث يكتفي دفتر الشروط بأن يكون الطبيب المسؤول عن عملية الولادة ممارسا عاما وليس اختصاصيا، جريدة الحوار الالكترونية، 23 يوليو 2020، تم الاطلاع في 2 فبراير 2022، على الساعة 11.50.
- 65 المادتين 2 و3 من الاتفاقية المذكورة، والملحق الأول يحدد جدولاً بالأعمال الطبية وتسعيراتها الجزافية التي تغطيها هذه الاتفاقية.
- 66 المادتين 1 و2 من الاتفاقية المذكورة سابقا.
- 67 المادتين 8 و15 من الاتفاقية المذكورة.
- 68 المواد من 2 على 14 من المرسوم التنفيذي 218/07 مؤرخ في 10 يوليو 2007، جريدة رسمية عدد 46 لسنة 2007.
- 69 جريدة الشروق أونلاين، مجانية التحليل الطبية لأصحاب الأمراض المزمنة قبل نهاية السنة، بتاريخ 2012/07/01، تم لإطلاع بتاريخ 2022/02/09، على الساعة 12.46.
- 70 تم التطرق إليه بصدد الحديث عن الفئات المستفيدة من التعاقد، ينظر عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه في الحقوق، قسم القانون العام، جامعة الجزائر، 2012، 2013، ص.427.
- 71 يرجع إلى المادة 188 من القانون رقم 16/21 مؤرخ في 30 ديسمبر 2021، المتضمن قانون المالية لسنة 2022، جريدة رسمية عدد 100 لسنة 2021، ويرى خبراء ومختصون أن الوقت ما زال مبكرا لاعتماد سياسة تحرير الأسعار وتوجيه الدعم النقدي للفئات المحرومة، لعدة أسباب أهمها غياب نظام معلوماتي للمراقبة والتدقيق في دخل الأفراد، يرجع إلى عبد الحكيم حدادقة، منشور بتاريخ 2021/11/3 على الموقع الإلكتروني:
- Aljazeera.net/ebsness، تاريخ الاطلاع 2022/03/22، الساعة 20,20.
- 72 فقد حدّدتا الاتفاقيات النموذجية المذكورة ب 4000 د.ج. بالنسبة للطبيب العام، و6000 د.ج. بالنسبة للطبيب الأخصائي، بينما يقترح الأطباء 9000 د.ج. و 12000 دج على التوالي.
- 73 وهو مطبق حاليا، بحيث لم تصدر النصوص التنظيمية في مجال أخلاقيات الطب بما يتوافق وتطبيق قانون الصحة 11/18 لحدّ الآن .
- 74 فمثلا تقدر قيمة الفحص العام ب 50 دج، والفحص لدى الطبيب الأخصائي وجراح الأسنان 100 دج والأخصائي في الأمراض العقلية 125 دج وهي أعداد زهيدة جدا.
- 75 نور الدين حاروش، مرجع سابق، ص.297.