

التعاقد كبرنامج رقمي في المنظومة الصحية

دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي باتنة

Contracting as a digital program in the health system Case Study of University Hospital Center Batna

أمال بعيط^{1*}



amel.bait@univ-batna.dz,¹ جامعة باتنة 1، الحاج لخضر (الجزائر)

تاريخ القبول: 2021/06/24	تاريخ الإرسال: 2021/06/07
<p>Abstract The study aims to know the financing mix that health systems must search for in a way that suits their needs, because they suffer from a deficit, and this is due to the relationship that currently exists between them and their funders. The results of the study lie in the health system's tendency to apply contracting as a financing system, and this is by applying the health digital economy, through the digitization of exchange information between contracting bodies. It aims to re-run the hospital system in order to achieve effectiveness and efficiency and get out of the crisis</p> <p>Keywords: health economy; digital economy; contracting</p> <p>JEL Classification Codes: I15, I19, K11</p>	<p>ملخص تهدف الدراسة الى معرفة المزيج التمويلي الذي وجب على المنظومات الصحية البحث عنه بما يتلاءم واحتياجاتها، لأنها تعاني العجز، وهذا نظرا للعلاقة القائمة حاليا بينها وبين مموليها. نتائج الدراسة تكمن في توجه المنظومة الصحية الى تطبيق التعاقد كنظام تمويل، وهذا بتطبيق الاقتصاد الرقمي الصحي، من خلال رقمنة المعلومات التبادلية بين الهيئات التعاقدية، وتوصلت النتائج أيضا الى استعداد المركز الاستشفائي الجامعي باتنة الى تطبيق هذا النظام، الذي يعتبر نمطا جديدا في مجال التسيير ويهدف إلى إعادة تسيير نظام المؤسسة الاستشفائية وهذا لتحقيق الفعالية والنجاعة والخروج من الأزمة.</p> <p>الكلمات المفتاحية: اقتصاد الصحة؛ اقتصاد الرقمي؛ التعاقد.</p> <p>تصنيفات JEL: I15, I19, K11</p>

* المؤلف المرسل

1. مقدمة

يعد قطاع الصحة من القطاعات السيادة في أي دولة، والجزائر كغيرها من الدول تهتم بهذا القطاع من خلال منظومة وطنية للصحة تسعى باستمرار لجعلها تتماشى ومتطلبات المجتمع الجزائري في مجال الصحة، ولعل ما يؤكد ذلك التغييرات والإصلاحات المتعاقبة التي عرفها قطاع الصحة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا على المستوى الوبائي، الديمغرافي والاقتصادي...

لكن رغم ذلك تكشف المؤسسات العمومية للصحة جملة من الاختلالات، لعل السبب الرئيسي وراءها هو نظام التمويل الجزائي الذي لا يخضع إلى أي منطق اقتصادي، فبسببه تم الانتقال من منطق التسيير إلى منطق الإنفاق دون الاهتمام بنوعية الخدمات المقدمة. ويعود ذلك أساسا إلى تلك العلاقة القائمة حاليا بين مؤسساتنا الصحية ومموليها، التي تمثل الدولة ركيزتها الأساسية، حيث أعطت لنفسها باسم التوزيع العادل للثورات الوطنية حق احتكار الخدمات الصحية، معتمدة في ذلك على صندوق التأمينات الاجتماعية.

إن هذا الغموض في العلاقة التمويلية بين المؤسسات الصحية وصندوق الضمان الاجتماعي والدولة أدى إلى اختلال توازن بين عرض الخدمات الصحية والطلب عليها، وذلك في صورة عجز مزمن لتغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين.

ولهيكلة هذه العلاقة الثلاثية الأطراف تم وضع إطار تعاقدية وهذا بغية تحقيق أهداف المنظومة الصحية بأقل تكلفة والتحكم في نفقاتها. وهنا يطرح التساؤل عن مدى قدرة المنظومة الصحية في تبني نظام التعاقد كآلية جديدة عوض النظام الجزائي لترشيد نفقاتها الصحية، و ما مدى نجاعته في موازنة مصالح الأطراف الثلاث.

وللإجابة عن هذه الإشكالية تم تقسيم المداخلة إلى محورين رئيسيين:

- جانب نظري: نتطرق فيه إلى الاقتصاد الرقمي، اقتصاد الصحة و التمويل الصحي و التعاقد كمفهوم نظري

- جانب تطبيقي: نتناول دراسة ميدانية للتعاقد بالمركز الإستشفائي الجامعي - باتنة-

2. الاقتصاد الرقمي

1.2 مفهوم الإقتصاد الرقمي

تعددت الآراء حول إيجاد تعريف موحد للاقتصاد الرقمي، ولعل من أبرز ما كتب حول مفهومه ما يلي يقصد بالاقتصاد الرقمي " ذلك التفاعل والتكامل والتنسيق المستمر بين تكنولوجيا المعلومات والاتصال (tic) من جهة، وبين الاقتصاد القومي والقطاعي والدولي من جهة أخرى، بما يحقق الشفافية والفورية لجميع المؤشرات الاقتصادية المساندة لجميع القرارات الاقتصادية والتجارية والمالية في الدولة خلال فترة ما ". (النجار، الإقتصاد الرقمي، 2007، صفحة 25)

كما يعرف الإقتصاد الرقمي على أنه " ذلك الإقتصاد المرتبط بمفهوم مجتمع المعلومات الذي يعبر عن رؤية مستقبلية لعالم تكون فيه المعلومات الركيزة الأساسية للإقتصاد ككل متجسدة في بنية تحتية رقمية عالية كفيلة بتحقيق ذلك في شتى مجالات الحياة " (بوشول، 2012، صفحة 121).

- وهناك تعريف آخر للإقتصاد الرقمي على أنه ذلك الإقتصاد الذي يستند على التقنية المعلوماتية الرقمية، ويوظف المعلومات والمعرفة في إدارته، بوصفها المورد الجديد للثورة، ومصدر إلهام للإبتكارات الجديدة (الرزو، 2006، صفحة 13).

2.2 تطبيقات الإقتصاد الرقمي

للإقتصاد الرقمي عدة تطبيقات في العديد من مجالات الحياة سنحاول من خلال دراستنا إلقاء الضوء على أهمها كالتجارة الإلكترونية، التسويق الإلكتروني، الإستثمار الإلكتروني

✓ التجارة الإلكترونية **Electronic Commerce** ناك عدة تعاريف تخص البنوك الإلكترونية نذكر من أهمها:

- "التجارة الإلكترونية": هي كل معاملة تجارية بين البائع والمشتري ساهمت فيها شبكة الإنترنت بصفة إجمالية أو جزئية، كالتزود بمعلومات تخص خدمة أو سلعة معينة لإقتنائها لاحقاً، ويتم التسديد إلكترونياً سواء، بصك ورقي عند التسليم، أو بطرق أخرى. (محمود، 2006، صفحة 6)

- تصف "التجارة الإلكترونية" عمليات بيع وشراء وتبادل المنتجات والخدمات والمعلومات من خلال الشبكات بما في ذلك شبكة الإنترنت بأسلوب مباشر (Online)

- تتمثل "التجارة الإلكترونية" في استخدام الحاسوب وتكنولوجيا المعلومات والاتصال في تبادل السلع والخدمات والمعلومات، إذ يتم من خلال هذه التكنولوجيا الربط الفاعل بين البائع والمشتري وتبادل المنتجات والمعلومات وتحويل المعلومات. (سليمان، 2004، صفحة 196)

✓ التسويق الإلكتروني Electronic Marketing ويرتبط مفهوم التسويق الإلكتروني

e-Marketing أو ما يسمى بالتسويق عبر الإنترنت Internet Marketing بظاهرة التجارة الإلكترونية e-commerce، فأنشطتهما موجهة بالدرجة الأولى لتعاملات التجارة الإلكترونية، وتستهدف عملائها من مستخدمي شبكة الإنترنت.

■ ويعد هذان المفهومان- التجارة الإلكترونية و التسويق الإلكتروني- من أحدث المفاهيم التسويقية في الفكر المعاصر، والتي تتبناه حالياً العديد من منظمات الأعمال المختلفة. ويمكن تعريف التسويق الإلكتروني بأنه:

- التسويق الإلكتروني هو استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحقيق الأهداف التسويقية من خلال شبكات الاتصال المباشر وإتصالات الحاسب والوسائل التفاعلية الرقمية . (أحمد، 2009، صفحة 132)

- يوفر التسويق الإلكتروني للمستهلك المعلومات والخدمات التي تتيح له القدر المناسب من المعرفة والتي تمكنه من إتخاذ قرار الشراء الصحيح، وبذلك يمكن تعريف التسويق الإلكتروني على أنه " شكل من

أشكال التبادل التجاري الذي يتم بين الشركات والمستهلكين وذلك من خلال وسائط إلكترونية . (النونو، 2007، صفحة 42)

✓ الاستثمار الإلكتروني: ومع الوقت أصبحت الشبكة أداة لإتمام العمليات حيث لم يقتصر

الأمر على المصارف الكبرى وشركات السمسرة الإلكترونية بل وصل حتى للمصارف التقليدية.

ويشير مفهوم الاستثمار الإلكتروني عن طريق الإنترنت (E- investing) إلى الاستفادة من

إمكانيات الشبكة وما توفره من معلومات وآليات لإتخاذ قرارات الاستثمار في الأوراق المالية، ويمكن هذا

النوع من الاستثمار الحصول على بيانات مالية بأقل تكلفة ممكنة والوصول إلى جميع أسواق المال العالمية.

-ويمكن كذلك إعتبار الاستثمار الإلكتروني على أنه " ذلك الاستثمار الذي يعتمد على إستخدام

تكنولوجيا المعلومات والاتصال لتداول وتبادل المعلومات المالية والاستثمارية الإلكترونية فوراً مما يقلل من

مخاطر الاستثمار ويزيد من الشفافية في المعلومات، ويقلل من تكلفة ووقت الصفقات الاستثمارية، كما

تستخدم الإنترنت في التعرف على المؤشرات الاقتصادية والعالمية والمحلية فوراً وعلى مدى 24 ساعة، ومن

ثم يعتبر حال المستثمر الإلكتروني أفضل بكثير من المستثمر العادي ". (النجار، 2004، صفحة 300)

3. الاقتصاد الصحي

1.3 ظروف نشوء اقتصاد الصحة

إلى غاية نهاية الخمسينات لم يكن هناك أية علاقة بين الصحة والاقتصاد ولم تولي الحكومات أهمية

كبيرة لقطاع الصحة لأن الرخاء الاقتصادي الذي كان يعم الدول الغربية لم يجعلها تشكو من أي اختناق

أو أزمة، ولكن مع ظهور تغيرات اقتصادية أكثر أهمية أصبح من المستحيل تغطية الطلب الاجتماعي على

العلاج، فبدأت محاولات الربط بين الاقتراب الطبي والاقتراب الاقتصادي للصحة، فبرزت ضرورة اقتصاد

الصحة كفرع خاص لحل الأزمات الاقتصادية (جميلة، 1994، صفحة 6)، ومن العوامل التي أدت إلى

ظهور اقتصاد الصحة نذكر: التقلل الاقتصادي لنفقات الصحة وتخفيض النفقات الصحية.

2.3 تعريف اقتصاد الصحة

علم يقوم بتحليل المشكلات التي تواجه قطاع الصحة لترشيد استخدام الخدمات الصحية و احتواء تكاليفها وتخصيص موارده، ويدرس عدة جوانب مختلفة بالمنظومة الصحية كالتحويل، التكاليف، الموارد. وذلك بالإجابة عن الأسئلة التالية:

- كم من الموارد يرغب المجتمع في إنفاقها على الرعاية الصحية؟.
- كيف يتم تقديم أحسن رعاية صحية بأقل تكلفة ممكنة؟.
- كيف يتم توزيع الخدمات الصحية على من يحتاجونها بعدالة؟.
- متى تقدم الخدمة الصحية؟.

3.3 التمويل الصحي

1.3.3 تعريف التمويل الصحي و طرقه

التمويل الصحي هو إمداد المؤسسات العمومية للصحة الأموال اللازمة للقيام بنشاطها الصحية من خلال ميزانية تساهم فيها عدة أطراف، أما عن طرق التمويل الصحي فيمكن تقسيمه كالآتي:

- أكثر الطرق إستخداما في تمويل المؤسسات الصحية: التمويل الصحي عن طريق الضرائب: التمويل الصحي عن طريق التأمين

- الطرق الأقل استخداما لتمويل المؤسسات الصحية: نذكر منها: (WHO, 2015)

حسابات الادخار الطبية، رسوم: hypothetical taxes، مثل الرسوم على التبغ والكحول. الأموال المحصلة من ألعاب البانصيب.

2.3.3 التمويل الصحي في الجزائر

عرف تمويل قطاع الصحة في الجزائر إلى يومنا هذا ثلاث مراحل أساسية:

❖ **المرحلة الأولى: 1963-1973** اعتمد قطاع الصحة العام على ثلاث مصادر متميزة للتمويل

لكن متكاملة: (سايجي، 1999، صفحة 10)

- **العائدات الخاصة:** تأتي من مدفوعات المرضى ذوي الدخل الكافي، وتشمل مثالا: المهن الحرة، التجار، الحرفيون،... إلخ ولا تمثل هذه العائدات سوى 10% من دخل المستشفيات.

- **عائدات تسديد المصاريف:** تجدد مصدرها في التأمينات، وتساهم بنسبة 30% من عائدات المستشفى.

- **التسبيقات: 60%** من موارد المستشفى، وهي لتمويل خدمات الأشخاص التابعين لنظام المعونة الصحية المجانية.

لكن نظام التمويل لهذه الفترة عرف مظاهر عجز تتمثل خصوصا في:

- الديون المتراكمة التي تمهد بصفة شبه مستمرة النمو العادي للنظام الصحي
- بالنسبة للمرضى الذين يدفعون مقابل الخدمات المقدمة لهم، ترسل الفاتورة لتحصيلها لدى العنوان المبين من طرف المعنيين مما جعل التحصيل غير محقق بسبب تغيير السكن بصفة مستمرة من جهة (بعد الاستقلال) وتصريح المرضى بعناوين خاطئة عمدا، من جهة أخرى.

المرحلة الثانية: 1974 م إلى 1989 م نظرا للنقائص التي عرفتھا المرحلة السابقة و تجسيدا لسياسة

اجتماعية منبثقة عن المنهج الاشتراكي صدر الأمر 73-65 و المتعلق بتأسيس مجانية العلاج في جميع الهياكل العمومية للصحة أي استبدال سعر اليوم الاستشفائي بنظام تمويل جزائي، وما نتج عنه تقليص دور المسير، وكان للدولة دور كبير في التسيير وبهذا منعت صناديق الضمان الاجتماعي من تأدية دور ايجابي.

المرحلة الثالثة: ما بعد 1989 م تميزت هذه المرحلة بمضاعفات مخلفات الطب المجاني بالإضافة إلى

الأزمة الاقتصادية و العجز الكبير لميزانية الدولة الأمر الذي أدى سنة 1991 م وضع ميكانيزمات لإصلاحات تهدف إلى إعادة هيكلة التمويل برفع نصيب كل من الدولة و الأفراد، كما جاء في المادة 175 من قانون المالية لسنة 1992 م الفقرة 2 " يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط وزارة

الصحة و الضمان الاجتماعي و تحديد كفيياته عن طريق التنظيم " (المالية، قانون المالية المادة 175، 1992، صفحة 2)، وجاء أيضا في قانون المالية لسنة 1995 م المادة 132 في الفقرات 2، 3، 4 " يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة و السكان، " (المالية، 1995، صفحة 4، 3، 2).

3.3.3 المساهمون في التمويل الصحي في الجزائر:

❖ التأمينات الاجتماعية توجد ثلاثة صناديق: **CNAS** كان يجمع بين نظام التأمينات الخاصة بحوادث العمل والتأمينات الخاصة الأمراض المهنية تحت اسم الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل **CNASAT**، وفي بداية التسعينات تغير الاسم ليصبح الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للأجراء **CNAS**، **CASNOS** الصندوق الوطني لغير الأجراء، **CNR** الصندوق الوطني للتقاعد.

❖ ميزانية الدولة: تساهم الدولة في تمويل المؤسسات الصحية عن طريق الميزانية العامة وتكون المساهمة جزافية (Berrabah, 1999, pp. 67-68)

❖ الأسر: تستفيد من الخدمات الصحية مجانا وأحيانا بدفع مبلغ رمزي من طرف القطاع العام، بينما تدفع المبلغ كاملا عند الاستفادة من العلاجات المقدمة في القطاع الخاص

❖ المؤسسات: حيث تقدم العلاجات في إطار طب التشغيل للعمال وعائلاتهم (J.PERROT,

2012)

4. التعاقد كمفهوم نظري

1.4 ماهية التعاقد

يمكن تعريف التعاقد من عدة جوانب:

من جانب قانوني: "العقد اتفاق يلزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص آخرين بمنع أو فعل أو عدم فعل شيء ما".

من جانب إقتصادي: العقد الذي يربط بين المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي والدولة فهو حسب willamson: عقد وكالة غير تام، والهدف منه هو الشراء أو البيع، والذي يحتاج إلى تدخل أطراف قانونية لمواجهة الاتفاق المعنوي وكذا عدم توافق المعلومات.

من جانب OMS: هو تعهد أو عقد يشكل اتفاق بين متعاملين اقتصاديين (أو أكثر) بواسطته يلتزمان بالتخلي أو بالتملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء، فالعقد هنا هو ارتباط إرادي لشركاء مستقلين. (SAIHI, 1998)

من جانب النظام (النهج) التعاقدية: التعاقد يعني إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مولئها بأداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها. (بلقاسم، 1998)

كما يهدف التعاقد إلى: التحكم في النفقات، تحسين نوعية العلاج، تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية للصحة مع مولئها، التحكم في النظام الصحي، احترام مبدأ تدرج العلاج

2.4 أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر:

أسباب التعاقد: بالنسبة للأسباب عامة: - الإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية، توصيات بعض المنظمات العالمية OMS، BIRD (Belmihoub, 2005) إدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية. (J.PERROT, 2012, p. 17)

أما فيما يخص أسباب التعاقد مع CNAS:

- الارتفاع المستمر في مساهمات الضمان الاجتماعي لتغطية المصاريف الوطنية للصحة:

- الوضعية المالية الصعبة للضمان الاجتماعي

- عدم شفافية استخدام الأموال المقدمة من طرف الضمان الاجتماعي على مؤسسات الصحة العمومية: تساهم هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانية مؤسسات الصحة العمومية بغلاف مالي ثابت يسمى "جزافية المؤسسات" ومحدد بقانون مالية وتدفع كل سنة دون برنامج مسطر لكيفية استغلال هذه المساهمات، والتي ترتفع من سنة لأخرى.

الشروط الأولية لنجاحه: إن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية وموليتها تستلزم إنشاء

مؤسستين هامتين: (توصيات، 1998)

- **الوكالة الإسفائية (A.R.H):** يسيروها مجلس إدارة متكون من: ممثل الإدارة الوصية، ممثل

الجماعات المحلية التي تتواجد بها القطاعات الصحية، ممثل صندوق التأمينات الإجتماعية الجهوية، ممثل مستخدمي الصحة.

- **الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (A.N.A.E.S):** تنصيب الوكالة ضرورة يمكن

بفضلها التحكم في النفقات العلاجية وأهم المهام المنوطة بها هي :

- مراقبة وتقييم فرعية الخدمة الصحية و كذا مراقبة تدرج العلاج.

- توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الإسفائية.

- تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة (G.H.M)

- أعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.

- وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضا وضع سياق للإنتاج.

3.4 البعد القانوني للتعاقد

هناك جملة قوانين اهتمت بالجانب التعاقدية كإطار تشريعي جديد، لكن اختلفت وجهات النظر

إليه، فمنها النظرة المحدودة والتي تحصره على مستوى هيئات ومؤسسات، وهي نظرة مبدئية مقارنة بظهوره. أما

النظرة الشاملة فجعلت منه إطارا يربط بين الوزارات، وخصت هذه النظرة مرحلة ظهوره المراسيم.

البعد القانوني بشكل جزئي، من خلال قانون 05/85 المرتبط بحماية وترقية الصحة وقانون المالية

1992 والقانون الصحي.

البعد القانوني بشكل عام: هنالك أنواع من النصوص التنظيمية المرتبطة بالتعاقد:

- قواعد تنظيمية غير قابلة للتنفيذ مرتبطة مباشرة بالتعاقد:

- قواعد تنظيمية قابلة للتنفيذ مرتبطة بطريقة غير مباشرة بالتعاقد

- قواعد تنظيمية قابلة للتنفيذ مرتبطة مباشرة بالتعاقد

4.4 نموذج تنظيمي للتعاقد في الجزائر-دراسة SOFNAL و CENEAP-

يحتاج التعاقد إلى تنظيم شمل مرحلتين مرحلة متعلقة بالتنسيق بين مختلف الهيئات سواء كانت وزارية

أو ولائية (الجزء الأول)، ومرحلة الاختبار وتجريب النظام قصد تعميمه (الجزء الثاني).

المرحلة الأولى: شملت إنشاء هيئات وزارية و ولائية، وتم خلال هذه المرحلة دراستين إحداهما من

طرف (étude sur la contractualisation)، (1999) CENEAP (المركز الوطني للدراسات

والتحليل للتخطيط)، والثانية من مكتب الدراسات (SOFNAL).

❖ الهيئات الوزارية: تم إنشاء هذه الهيئة في 10 أبريل 1996، و تتكون من: وزير الصحة والسكان،

وزير العمل والتضامن الاجتماعي، وزير المالية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS)،

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS)، مسؤولون من المؤسسات العمومية

للصحة.

في 16 مارس 2002 مددت الهيئة الوزارية جملة مراحل لتنفيذ عملية التعاقد:

← تحديد المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق بهدف قبولهم في المؤسسات العمومية للصحة.

← تحديد كيفية وإجراءات عملية التعاقد بالنسبة لصناديق الضمان الاجتماعي.

← إعداد طرق للدفع بواسطة مجموعة مختصين وهنالك طريقتين:

- حسب التخصص: ويمثل الجدول الموالي طريقة الدفع بالدينار

الجدول 1: PMJH حسب التخصص بالدينار

التخصصات	المركز الإستشفائي الجامعي	EHS (مؤسسات	SS (القطاع الصحي)
الطب	6000	5000	4000
الجراحة	8000	7000	6000
الامراض العقلية	2000	2500	2000
التخصصات	15000	15000	11000
التوليد	7000	7000	7000

Source : BENYETTOU Mohamed, 2004/2005 p25

- جزافي حسب نوع المرض: وهو عبارة عن طريقة دفع تعتمد في حسابها على مراجع طبية وترتكز

على معايير علمية ومهنية، وترتكز هذه الطريقة على مرحلتين:

- وضع مخطط للتشخيص والعلاج يحدد الأمراض من طرف خبراء كل تخصص.

- تقييم اقتصادي للتكلفة لكل مخطط حسب كل تخصص، وبالاعتماد على (NGAP)

Nomenclature Générale des Actes Professionnels

← تحديد مدة الإقامة المعيارية لعدة تخصصات

← وضع العلاقات التعاقدية حيز التنفيذ.

❖ الهيئة الولائية: طبقا للقرار الوزاري 14 جانفي 2003 تم إنشاء هيئات على مستوى كل ولاية

يشرف عليها الوالي وتضم: مدير الصحة والسكان، مدير النشاط الاجتماعي للولاية، مدراء المؤسسات

العمومية للصحة.

❖ الدراسات الخاصة بالنموذج التنظيمي

أ- دراسة (CeNEAP) تمت في جوان 1999 وعلى 6 مؤسسات عمومية للصحة كعينة للدراسة.

عرض التقرير النهائي لهذه الدراسة حملة توصيات بالإضافة إلى مخطط أعمال على المدى المتوسط والقصير والطويل.

● على المدى القصير:

- تعميم نظام التعاقد وكذا القيام بحملات تحسيسية.
- تحديد معايير تصنيف المصالح الاستشفائية وكذا عتبة التسعير بالإضافة الى تحديد طريقة أو طرق الدفع.

- اللجوء إلى خبرات دولية في مجال الصحة سبق لها والعمل بنظام التعاقد.

● على المدى المتوسط:

- إعادة تنظيم وتحديد مهام ووظائف المصالح الإدارية للصحة و الضمان الاجتماعي.
 - إعادة تأهيل مكاتب الدخول والمصالح الاستشفائية العيادية.
 - فتح فروع للضمان الاجتماعي على مستوى المؤسسات الإستشفائية العمومية.
 - تحديد كيفية دفع الفواتير.
 - البحث عن أحسن علاقة بين التكلفة/الجودة، و وضع سياسة خاصة بالأدوية وفق هذه العلاقة
 - تشخيص العملية على مستوى العينة قبل تعميمها.
 - وضع نظام طبي فعال.
 - جيدة بين التكلفة/الجودة.
- ### ● على المدى الطويل:

- وضع سياسة وطنية للصحة تركز على دعم المصلحة العمومية وتحسين نوعية الخدمات الصحية, المرودية والأداء.

- تطوير وعصرنة الملف الوطني للمؤمنين اجتماعيا.

- تحديد سياسة تكامل ودمج للقطاع الخاص في إطار السياسة الوطنية للصحة.

ب/- دراسة (SOFNAL): (d'étape & rapport, 2002)

هذه الدراسة ممولة من طرف cnas في 2000 وتسجل معارضتها للنظام الجزائري وتقترح نماذج

جديدة لتوزيع الأموال المستأجرة لكن بشكل دقيق

المرحلة الثانية: النموذج التجريبي لعملية التعاقد:

باللجوء إلى النماذج الأجنبية فيما يخص عملية التعاقد فإننا نجد أن تنفيذها كان بناء على مقاربتين

وهما : (J.PERROT, 2012, صفحة 25)

● Botton down: تطبيق التعاقد على مستوى شامل ومعمم ثم يتم تخصيصه تدريجيا وصولا إلى المستوى الأدنى في هذا النظام والمتمثل في الخبرات.

● Botton up: يتم تطبيق النظام على عينة صغيرة للتعريف على مبادئ و أصول النظام والتي على أساسها يتم التطوير تدريجيا وهذا ما يؤدي إلى تعميمه إلى مستويات أعلى وأشمل.

← في الجزائر تم إنتهاج المقاربة الثانية وهذا منذ سنة 1990 مرورا بمرحلتين:

❖ العملية الاختبارية: تباعا لأعمال المجلس الوزاري في 9 سبتمبر 1997 فقد تقرر القيام بعملية

اختبارية للتعاقد، وهذا على مستوى 6 مؤسسات إستشفائية تم تحديدها من طرف الهيئة الوزارية و هي :

- المركز الاستشفائية الجامعي مصطفى باشا.

- مؤسسات استشفائية متخصصة آيت إدير.

- مؤسسات استشفائية Pierre et moriecurie.

- المركز الاستشفائي الجامعي تيزي وزو.

- مؤسسات استشفائية متخصصة Flici.

- القطاع الصحي للمدية.

❖ **العملية التجريبية:** في هذه المرحلة تم اللجوء إلى خطوة جديدة يتم فيها اختبار عملية التعاقد، لكن بطموح أكبر من خلال الفوترة على بياض، و بالتالي تقييم اقتصادي للخدمات المقدمة بعيدا عن ذلك النظام الجزائري الغير عقلائي.

و بدأت هذه المرحلة في 14 جانفي 2003 بأمر وزاري على 10 مؤسسات عمومية للصحة، لكن التنفيذ بدأ في 16 فيفري 2003، و هذا بعد اجتماع ما بين ممثلي القطاعات الثلاث(الصحة، الضمان الاجتماعي، النشاط الاجتماعي) في اللجنة الوطنية للصحة العمومية (INSP).

وكتشخيص لهذه العملية نجد هناك عائقين (Ministère du travail، 2004):

- غموض تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية، حيث وجدوا أن 30 % فقط يمثلون المؤمنين اجتماعيا وكذلك 10% فقط معوزين، في حين تبقى نسبة 60 % غامضة.
- غياب الاستخدام الأمثل لبطاقة المريض وكذا عدم معرفة كيفية ملئها

5. الدراسة الميدانية

1.5 نبذة عن المركز الإستشفائي

المركز الاستشفائي الجامعي لباتنة هو مؤسسة عمومية ذات الطابع الإداري لها شخصية معنوية ذات استقلال مالي تابعة إداريا لوزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات أما بيداغوجيا فهي تابعة لوزارة التعليم العالي.

يقدم المركز الاستشفائي خدماته لأكثر من 1016036 ساكن موزعين على 6 قطاعات صحية بالدوائر (باتنة، نقاوس، مروانة، بريكّة، أريس و عين التوتة) مع وجود 17 شبه قطاع و 61 بلدية، و كذا يستقبل كل عام عددا مهما من المرضى من الولايات المجاورة (بسكرة، خنشلة، أم البواقي...).

2.5 دراسة نظام التعاقد

في إطار التحضير للعملية التعاقدية تم تحضير جملة وسائل:

❖ على مستوى مكتب الدخول في **CHUB**:

- Fiche navette (بطاقة المتابعة)، - استمارة القبول، - برنامج Patient

❖ على مستوى **CNAS** أو **CASNOS**:

- برنامج **IDAAS**، - برنامج **SIGAS**، - برنامج **SIGCS**، - بطاقة **Chifaa**

❖ على مستوى **DAS**: تحسبا لتطبيق نظام التعاقد قامت مديرية النشاط الاجتماعي بإعداد:

- بطاقة المعوزين، - برنامج **Démunis**

سير العملية التعاقدية:

❖ عند دخول المريض: يقدم الطبيب للمريض طلب استشفاء والذي يحتوي على المعلومات

الخاصة به مع تحديد تاريخ دخوله للاستشفاء، بناء على هذا الطلب المريض أو مرافقه إلى مكتب الدخول لتحضير استمارة القبول، وقبل ذلك يجب أولا التعرف على هوية المريض فقد يكون:

أ - المريض المؤمن اجتماعيا:

- يملك بطاقة الشفاء: يقوم بإدخالها في جهاز خاص موجود على مستوى مكتب الاستقبال و التوجيه

التابع لمكتب الدخول، تظهر جميع المعلومات الموجودة في البطاقة على جهاز الحاسوب، وهذا ضمن برنامج

IDAAS التابع للضمان الاجتماعي، و هذا للتأكد من كون المريض مؤمن ومدرج ضمن سجل الضمان

الاجتماعي.

بعد التأكد من صحة المعلومات، يتم توجيهها إلى برنامج Patient، لكن قبل ذلك يجب أولاً أن توضع ضمن قاعدة بيانات تسمى بـ BDD échange، وهي بمثابة همزة وصل بين برنامجي IDAAS و Patient.

بعد إدخال المعلومات الخاصة بالمريض في برنامج Patient التابع للمركز الاستشفائي الجامعي تطبع ورقة Attestation d'affiliation والتي توضع في ملف المريض الطبي والإداري.

- **يملك رقم التسجيل:** هنا يكون من ذوي الحقوق والمؤمنين بطريقة غير مباشرة انطلاقاً من تأمين أحد الأفراد،

في هذه الحالة يدخل المستخدم رقم التسجيل في جهاز الحاسوب لتظهر معلومات تعبر عن صاحب رقم التسجيل، والأشخاص الذين يعتبرون ذوي حقوق بالنسبة له، وبنفس الطريقة يتم تحرير Attestation d'affiliation

ب- المريض المعوز: المريض المعوز يجب أن تكون له بطاقة تثبت أنه ينتمي إلى هذه الفئة.

يقوم مستخدم الحاسوب بأخذ الرقم الموجود على البطاقة، وإدخاله إلى برنامج Démunis ليجد عدة معلومات تعبر عن الشخص المعوز وبعد التأكد من صحتها يتم إنشاء قاعدة بيانات خاصة بالمريض، وتكون على مستوى برنامج Patient الذي سيحفظ هذه المعلومات التي يتم الرجوع إليها عند خروج المريض.

ج- المريض الذي لا يملك أي بطاقة: يسجل بصفة عادية ومباشرة في برنامج Patient بعد

الحصول على جميع المعلومات الخاصة به من بطاقة التعريف الوطنية.

بعد تسجيل المرضى حسب الحالات الثلاث السابقة في برنامج Patient يقدم للمريض ملف طبي، إداري يحتوي على الوثائق التالية: استمارة القبول، بطاقة المتابعة، الملخص النموذجي للخروج، الملخص

العيادي للخروج، يسلم هذا إلى المصلحة التي توجه إليها المريض، ويلتزمه في كل تنقلاته بين المصالح الاستشفائية.

❖ عند خروج المريض: بعدما يصدر الطبيب المعالج قرارا بخروجه يتوجه المريض مرة أخرى

لمكتب الدخول حاملا ملفه الطبي لتحرر له فاتورة، يتم ملؤها وفق طريقتين:

- المبلغ المتوسط ليوم استشفاء PMJH، حيث يضرب هذا المبلغ (وحسب كل تخصص) في عدد أيام الاستشفاء.

- جزائي حسب المرض Par la théologie Forfait حيث يقابل كل مرض تكلفة معينة.

يتم تسجيل هذه الفاتورة الكترونياً بعد إدخال المستخدم لـ Toren وهو عبارة عن بطاقة CIM

تظهر الشكل النموذجي للفاتورة الالكترونية، كما يتم إمضاؤها إلكترونياً.

ولمعرفة كيفية تسديد هذه الفاتورة يجب الفصل بين الحالات الثلاثة للمرضى:

أ/- المريض المؤمن اجتماعياً: ترسل الفواتير يومياً بعد انتهاء دوام العمل إلى المركز الوطني للضمان

الاجتماعي الموجود بالعاصمة، حيث تستقبل بواسطة Serveur FTP الذي يرسل إلى المركز الاستشفائي

إشعار بالوصول، يقوم هذا المركز بمراقبة هذه الفواتير من حيث: صحة المعلومات الخاصة بالمريض، صحة

العلاجات المقدمة للمريض بواسطة أطباء مسؤولين على متابعة المرضى المؤمنين اجتماعياً، صحة الأرقام

السرية الموضوعية أمام كل فاتورة.

* وفي حالة وجود أي خلل يتم إعادةّها إلى المركز الاستشفائي لتصحيحها.

* أما في حالة القبول فإنها ترسل إلى وكالة CNAS الموجودة على مستوى الولاية وهذا ضمن

FTP الخاص بالوكالة و التي بدورها ترسلها إلى مركز الحسابات الموجودة على مستواها و الذي يقوم

بتسجيل هذه الفواتير ضمن برنامجي SIGAS و SIGCM انطلاقاً من هذين البرنامجين يسدد أعوان

مركز الدفع الموجود على مستوى الوكالة CNAS 80% من المبلغ الإجمالي للفاتورة ويتم تحويل الرصيد المسدد إلى خزينة المركز الاستشفائي الجامعي.

كما يمكن للوكالة أن تسدد الفاتورة 100% في حالة كون المؤمن من المعوقين.

ب/- المريض المعوز: أثناء دخول المريض داخل المستشفى يتابع ملفه الطبي طبيب مرسل من DAS حيث يقوم بمراقبته بجميع تفاصيله من أدوية مقدمة، علاجات، أشعة.....، وعند إرسال الفواتير إلى المديرية الموجودة على مستوى ولاية باتنة يتم استدعاء ذلك الطبيب لتأكيد صحة ما تحمله تلك الفاتورة من علاجات تلقاها المريض المعوز.

وبعد التأكد من صحة البيانات يتم تسديد هذه الفواتير من ميزانية DAS المقدمة من طرف الدولة.

ج/- المريض الذي لا يملك أي بطاقة: بعد ملأ الفاتورة ترسل إلى مركز الدفع على مستوى المركز الاستشفائي الجامعي باتنة هنا يقوم المريض بالتسديد شخصيا.

3.5 المشاكل والحلول

إن أكثر ما أعاقنا في تشخيص العملية التعاقدية كونها مجرد حبر على ورق. لكن رغم ذلك وبالاعتماد على التجربة المبدئية والتي اعتمدها الجزائر كنموذج تجريبي في ستة مؤسسات استثنائية، إضافة إلى ما تم تحصيله من معلومات انطلاقا من مقابلات تمت مع مسؤولين وذوي خبرة في هذا المجال سواء كان ذلك على مستوى المركز الاستشفائي، أو مديرية النشاط الاجتماعي أو هيئات الضمان الاجتماعي، يمكن وضع بعض المشاكل والصعوبات التي تعيق أو بالأحرى ستعيق العملية التعاقدية.

1.3.5 المعوقات

- عدم الاستغلال الجيد لبطاقة المتابعة بالإضافة إلى ضعف المسك اليومي لبطاقة العلاج من طرف الأطباء المعالجين.

وجود أخطاء في تسعيرة الأعمال الطبية وشبه الطبية (cotation) بسبب وجود صعوبات تواجه الأطباء في ما يخص التسجيل الصحيح لرموز وقيم الأعمال والفحوصات الطبية، كما أن هناك خلط بين الرمز وقيمة الأعمال.

- عدم مشاركة الأطباء في عملية ملأ بطاقة العلاج.

- نقص وعي المريض لنظام الطب المجاني فالكثير من المرضى لا يصرحون بأنهم معوزين أو مؤمنين لتفادي إحضار بطاقة المعوز أو التأمين، وفي بعض الحالات يكون المريض مؤمنا اجتماعيا من جهة وحاملا لبطاقة المعوز من جهة

- صعوبة تحديد المؤمنین الاجتماعيين والمعوزين بسبب عدم تعميم بطاقة الشفاء وكذا بطاقة المعوز.

- إعداد بطاقات الشفاء حتى للموتى، بسبب ضعف النظام.

- ضعف تأييد وانضمام المواطنين للتوجه التعاقدى نتيجة لضعف الجانب الإعلامى الاتصالي.

- كما تجد وكالات الضمان الاجتماعى للعمال غير الأجراء صعوبة في تسوية وضعيات الفلاحين

الذين لا يلتزمون بالدفع الدورى لاشتراكاتهم

- إن البلديات وعلى الرغم من تلقيها عدة برقيات من مديرية النشاط الاجتماعى بضرورة التوقف

عن منح شهادات الاحتياج للمعوزين والتي تمنح دون تكوين ملف إلا أنها لا تزال توزع هذه الشهادات.

- تسجيل عدة تناقضات في بعض البلديات فهي تحصى مثلا 200 معوز وتوزع 210 بطاقة؟؟

- تأخر وكالات الضمان الاجتماعى في الرد على طلبات الانخراط أو عدم الانخراط في الصناديق مما

يعطل عمل مديرية النشاط الاجتماعى في توزيع البطاقات، وهذا راجع بالنسبة إلى وكالات الضمان

الاجتماعى إلى ضغوط العمل على المصلحة المكلفة بذلك.

2.3.5 الحلول المقترحة و الإصلاحات اللازمة:

- مساعدة مهني الصحة على حسن استعمال بطاقة المتابعة أي بطريقة صحيحة وكاملة.

- إقامة نظام الحوافز للمستخدمين لرفع حماسهم وتشجيعهم على الملاءم الجيد ونسبة 100٪ لبطاقة

المتابعة.

- التكوين النوعي الخاص لمستخدمي مكتب الدخول بما يتماشى والمهام الموكلة إليهم.

- القيام بدورات تكوين للسلك الطبي والشبه الطبي.

- مشاركة إشارات كل من قطاع الصحة وقطاع الضمان الاجتماعي في مختلف مجالس الإدارة.

- إعادة النظر في القانون الأساسي للمؤسسات العمومية للصحة يجعلها ذات الطابع الإداري

لتتماشى مع قواعد التسيير المتوخاة من تطبيق هذا النظام.

- مرونة النصوص التنظيمية لتمكين المسير من تكييف المؤسسة مع احتياجات الصحة على المستوى

المحلي.

- إدماج المحاسبة التحليلية من أجل تسيير اقتصادي ومالي جيد.

- ضرورة مناقشة كل الأطراف المعنية للسعر المتوسط لليوم الاستشفائي من خلال وضع طرق لتحديد

طبيعة الخدمات وأسعارها.

- الصرامة في توزيع بطاقات المؤمنین الاجتماعيين (بطاقات الشفاء) و بطاقات المعوزين لتسهيل تحديد

هوية المرتفقين.

- تنظيم حملات ثنائية تحسيسية (مشتركة بين قطاع الصحة وقطاع الضمان الاجتماعي) تحسبا

للتطبيق الفعلي للنظام التعاقدية.

- ضرورة أن تكون العملية التعاقدية لا مركزية من اجل ضمان الفعالية والاستقلالية والعمل بأكثر

واقعية، وذلك بعدم الاقتصار على إنشاء عقد بين وزارة الصحة ووزارة العمل والضمان الاجتماعي فقط،

بل بترك المجال لإنشاء عقود على المستوى اللامركزي بين المؤسسات العمومية لصحة وهيئات الضمان

الاجتماعي من اجل زيادة حرية المسيرين المحليين للمؤسسات العمومية الصحية وثقتهم في قدراتهم.

- تعزيز العملية بإطار قانوني فليحد الآن قوانين المالية هي الوحيدة التي تنص على النظام التعاقدى.
- ضرورة مناقشة كل خطوة من طرف كل المعنيين لضمان الحفاظ على مبدأ الرضاىة الذى هو ركن أساسى فى العقد و لتسىير الأمور فى شفافية تامة.
- تقييم كل مرحلة من مراحل النظام التعاقدى وهو أمر ضرورى لتحديد مختلف الصعوبات التى تعترضه.
- مراقبة الضمان الاجتماعى لنوعية الخدمات الصحية المقدمة إلى المؤمنى الاجتماعى.
- توضيح العلاقات بين صنادىق الضمان الاجتماعى والمؤمنى اجتماعى ومراقبة اشتراكهم.
- ضرورة تقديم الدولة للمساعدات المالية إلى المؤسسات العمومية للصحة وكذا صنادىق الضمان الاجتماعى فى حالة تعرضها فى البداية إلى صعوبات أو مشاكل مالية للحفاظ على القطاع العمومى إلى جانب القطاع الخاص.

6. خاتمة

رغم المرحلة المتقدمة التى وصلت إليها العملية التعاقدية مقارنة بالسنوات الأولى من تخطيطه من خلال التحضرات الموجودة على مستوى الوزارات الثلاث، إلا أنه يبقى على السلطات المعنية مضاعفة الجهود للإلمام والإحاطة بجميع جوانب النظام التعاقدى وسد كل الثغرات التى تعرقل تطبيقه بصفة جيدة. فتنظيم علاقات المؤسسة الاستشفائية مع مموليها فى شكل علاقات تعاقدية يقتضى إدخال أدوات جديدة فى التسيير وذلك باستبدال مفهوم المستشفى - الإدارة بمفهوم المستشفى - المؤسسة المرتبط بالمناجمت العمومى مع التركيز على العنصر البشرى لأن الفرد هو المسئول عن البناء والاستثمار كونه مصدر بعث وتقدم أى مرفق عام.

- Belmihoub. (2005). Cours de marketing. Algérie.
- .(1999) étude sur la contractualisation
- J.PERROT .(2012) .Organisation des systèmes de sant: la partenariat basé sur des relation contracturilles .www.sante.gov.ma.
- la sécurité sociale Ministère du travail .(2004) .note de synthèse sur la contractualisation santé-sécurité sociale .
- Nacer Berrabah .(1999) .Financement et prestation de soins de santé en Algérie .these doctora .68-67 ،pantheon sorbonne ،paris.
- d'étape rapport - .(2002) .Le groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation .
- SAIHI. (1998). La contractualisation:l'expérience étrangère. revue la gestionnaire.
- WHO, (2012), health_financing/mechanisms)2015, www.who.int/health_financing/mechanisms/en/04_3pdf
- بار جميلة. (1994). أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي بالجزائر. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر.
- توصيات. (1998). الملتقى الوطني للصحة. الجزائر: المدرسة الوطنية للصحة العمومية.
- حسن مظفر الرزو. (2006). مقومات الإقتصاد الرقمي و مدخل إلى اقتصاديات الأنترنت. الرياض: مركز البحوث.
- حلوان بلقاسم. (1998). النهج التعاقدية الجديد في مجال التسيير. مجلة التسيير .
- عامر محمد محمود. (2006). التجارة الإلكترونية (المجلد الطبعة الأولى). الأردن: مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع.
- عبد الحق و اخرون سايجي. (1999). نظام التعاقد في قطاع الصحة.. الجزائر: المدرسة الوطنية للإدارة.
- عبد العزيز عبد الرحيم سليمان. (2004). التبادل التجاري(الأسس،العولمة،والتجارة الخارجية) (المجلد الطبعة الأولى). دار الحامد للنشر و التوزيع.
- عماد أحمد إسماعيل النونو. (2007). التسويق عبر الأنترنت -دوافع التبني و الرفض- دراسة ميدانية. أطروحة دكتوراه، جامعة الازهر، غزة.
- فايزة واخرون بوشول. (2012). واقع الإقتصاد الجديد في العالم العربي و الجزائر. جامعة سطيف.

فريد النجار. (2004). الإستثمار بالنظم الإلكترونية و الاقتصاد الرقمي. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة للنشر و
التوزيع.

فريد النجار. (2007). الإقتصاد الرقمي (المجلد الطبعة الاولى). مصر: الدار الجامعية.

قانون المالية. (1995). قانون المالية المادة 132. 2,3,4.

قانون المالية. (1992). قانون المالية المادة 175. الفقرة 2.

محمد سمير أحمد. (2009). التسويق الإلكتروني (المجلد الطبعة الأولى). عمان: دار الميسرة للنشر و التوزيع.

Contracting as a digital program in the health system Case Study of University Hospital Center Batna

Amel Bait^{1*}

¹ University of Batna1, Hadj Lakhdar (Algeria)

amel.bait@univ-batna.dz 

<i>Received: 07-06-2021</i>	<i>Accepted: 24-06-2021</i>
<p>Abstract The study aims to know the financing mix that health systems must search for in a way that suits their needs, because they suffer from a deficit, and this is due to the relationship that currently exists between them and their funders. The results of the study lie in the health system's tendency to apply contracting as a financing system, and this is by applying the health digital economy, through the digitization of exchange information between contracting bodies. It aims to re-run the hospital system in order to achieve effectiveness and efficiency and get out of the crisis</p>	<p>Keywords: Health economy; Digital economy; Contracting .</p> <p>JEL Classification Codes: I15, I19, K11</p>

¹ Corresponding author