

## إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

الدكتور: لعفيفي الدراحي

الدكتور: توفيق بن الشيخ

جامعة 8 ماي 1945 \*قائمة\* جامعة 8 ماي 1945 \*قائمة\*

[laf\\_derradji@yahoo.fr](mailto:laf_derradji@yahoo.fr) [Tawfik94@yahoo.fr](mailto:Tawfik94@yahoo.fr)

### الملخص:

رغم ما تنفقه الدولة من أموال كبيرة في سبيل تحقيق الرعاية الصحية، وما تبذله من من مجهودات جبارة في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة. إلا أن النتائج لم تكن في مستوى الأهداف المرجوة، حيث يبقى القطاع الصحي يعاني من الكثير من المشاكل التي أثرت سلبا على أدائه. ومن أجل التقليل من حدة هذه المشاكل لجأت الدولة الى تبني نظام التعاقد وذلك من أجل وضع حد للفوضى التي يعرفها القطاع الى جانب محاربة البيروقراطية وخلق توازن بين المؤسسات الصحية وبالتالي الوصول الى الشفافية وتحسين جودة الخدمات الصحية. هذا النظام الذي هو بحاجة إلى إعادة تفعيله بعد تأخر تطبيقه لأسباب مختلفة منذ اعتماده سنة 1993.

الكلمات المفتاحية: الخدمة، الخدمة الصحية، الجودة، جودة الخدمات الصحية، نظام التعاقد

### Summary

Despite the huge amount of money spent by the State for the achievement of health care and the tremendous efforts it has made to raise the level of health services provided. However, the results did not achieve the desired goals, as the health sector suffers from many of the problems that negatively affected his performance. In order to alleviate these problems, the state has adopted a system of contracting in order to put an end to the chaos known to the sector as well as fight bureaucracy and create a balance between health institutions and thus reach transparency and improve the quality of health services. This system, which needs to be reactivated after delayed implementation for various reasons since its adoption in 1993.

**Keywords: service, health service, quality, quality of service health, contracting system.**

## المقدمة:

لقد أصبحت الجودة في الوقت الحاضر تكتسي أهمية كبيرة نظرا لارتباطها بجميع أوجه النشاطات الانسانية. حيث أصبحت تمثل الوظيفة الاولى في كثير من المؤسسات وفلسفة إدارية وأسلوب حياة في ظل محيط متغير. وهو ما جعل الاهتمام بجودة الخدمات أمرا أكثر صعوبة وتعقيدا من الاهتمام بجودة السلع، حيث أصبحت معظم المؤسسات تسعى لتقديم خدمات ذات جودة عالية. ونتيجة للانتشار الرهيب وغير المسبوق للأمراض والأوبئة الشيء الذي وكّد ضغوطا كبيرة ومتزايدة على المؤسسات الصحية من خلال زيادة الإقبال في أعداد المترددين على هذه المؤسسات، هذه الزيادة إتسمت بخصائص لم تكن متوفرة في السابق خاصة فيما يتعلق بالاستجابة السريعة لمتطلبات المرضى وإحتياجاتهم وكسب رضاهم ، وذلك من خلال تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.

وفي الجزائر شهد قطاع الخدمات الصحية والرعاية الطبية تطورات كبيرة، تزامنت مع التطورات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدتها المجتمع الجزائري بشكل عام. وعلى الرغم من ضخامة ما تنفقه الدولة على الرعاية الصحية وما تبذله من جهود في سبيل رفع مستوى الخدمات الصحية . إلا أن الاستفادة مازالت دون المستوى المطلوب، حيث بقي القطاع الصحي رهين العديد من المشاكل التي كان لها الأثر السلبي على جودة الخدمات المقدمة للمواطن. ومن أجل التقليل من حدة هذه المشاكل، لجأت الدولة الى تبني نظام التعاقد، هذا النظام الذي من شأنه التقليل من حدة الفوضى التي تعرفها المؤسسات الصحية الى جانب محاربة البيروقراطية فضلا عن كونه فرصة لمراقبة المصاريف وخلق توازن بين المؤسسات الصحية وبالتالي الوصول الى الشفافية وتحسين جودة الخدمات الصحية. ولكن ومنذ بداية الشروع في العمل به سنة 2010 وبعد مرور أكثر من ثماني سنوات إلا أنه لم يعمم على مستوى كل المؤسسات الصحية. وعليه ومن أجل الرفع من مستوى الخدمات الصحية المقدمة وجب إعادة تفعيل نظام التعاقد.

واستنادا لما سبق حري بنا أن نتساءل عن دور النظام التعاقد في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية في الجزائر.

وسنحاول الاجابة على هذه الاشكالية من خلال المحاور التالية :

**المحور الأول: جودة الخدمات الصحية: مفاهيم أساسية.**

**المحور الثاني: واقع وتطور النظام الصحي في الجزائر.**

**المحور الثالث: نظام التعاقد في القطاع الصحي في الجزائر.**

**المحور الأول: جودة الخدمات الصحية: مفاهيم أساسية.**

حظيت جودة الخدمات الصحية باهتمام كبير أكثر من غيرها من القطاعات الخدمية نظرا لارتباطها بصحة وحياة الإنسان.

**1- مفهوم الخدمة:** يكون من الصعب في الأحيان إعطاء تعريف ومفهوم محدد لنشاط إنساني وفكري متعدد الاتجاهات والأبعاد، والخدمة لا تبعد عن هذا المضمون كثيرا، لذلك يمكن إيراد العديد من التعاريف للخدمة، إلا أن كل واحد منها يمكن أن يعطي إتجاها محدد، وإن كانت تشترك في معنى أو أكثر من تلك المفاهيم وقد اختلفت تعريفات الخدمة باختلاف آراء الكثير من الباحثين والكتاب .

حيث عرفت الجمعية الأمريكية للتسويق على أنها: "النشاطات أو المنافع التي تعرض للبيع أو التي تعرض لارتباطها بسلعة معينة." (حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس علاق، 2009، ص33)

أما "كوتلر" فقد عرفها على أنها: "أي نشاط أو إنجاز أو منفعة يقدمها طرفا ما لطرف آخر وتكون أساسا غير ملموسة ولا ينتج عنها أية ملكية وأن إنتاجها أو تقديمها قد يكون مرتبطا بمنتج مادي ملموس أو لا يكون."

**2- مفهوم الخدمة الصحية:** تعرف الخدمة الصحية بأنها: "الخدمة التي تهدف الى المشاركة في تحسين الصحة، التشخيص، المعالجة، وإعادة تأهيل البشر المعرضين للخطر." (منظمة الصحة العالمية، 2013)

**3- خصائص الخدمة الصحية:** تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص التي لها أثر على سوق المنافسة وعلى طبيعة الطلب وتؤثر على نظام توصيل (توزيع) الخدمة للمستفيدين منها وتتمثل فيما يلي: (أمير جيلالي، 2009/2008، ص ص35-36).

- ✓ الخدمة الصحية غير ملموسة؛
- ✓ تزامن الانتاج والاستهلاك (التلازم)؛
- ✓ قلة التنميط والتوحيد للخدمة الصحية؛
- ✓ الخدمة الصحية عامة؛
- ✓ الطبيعة الاحتكارية وتعني قلة المنتجين، مع زيادة عرض الخدمة بسعر أعلى من التكاليف الحقيقية؛
- ✓ التطور التكنولوجي السريع في مجال الخدمات الصحية؛
- ✓ التنبؤ بالطلب على الخدمات الصحية.

**4- مفهوم جودة الخدمة الصحية:** بالرغم من الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية، وشيوع إستخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، فإنه من الصعب إيجاد تعريف لجودة الخدمات الصحية يتفق عليه الجميع. فمفهوم جودة الخدمات الصحية يختلف من فرد الى آخر، وذلك حسب موقع الفرد من المؤسسة الصحية، وهو ما يمكن توضيحه فيما يلي: (كحيلة نبيلة، 2009/2008، ص88).

- الجودة لدى مقدم الخدمة تعني الالتزام بمعايير الجودة الصحية عند تقديم الرعاية الصحية، بهدف تحقيق النتائج المرجوة.

- في حين يرى المريض أنها درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه.

- كما أن ادارة المؤسسة الصحية ترى أن الجودة هي "الوصول الى مستوى مرتفع من رضا المرضى وبالتكلفة الأقل".

- أما صانعو السياسات الصحية في أي بلد فيرون أن الجودة هي "عبارة تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة.

ونؤكد على أنه ليس من السهل تعريف الجودة خاصة في المؤسسات الصحية، حيث أنها موضوع شخصي خاص بالمريض، ويختلف حوله الأفراد باختلاف توقعاتهم وتقديراتهم الشخصية.

**5- أهمية الجودة في الخدمات الصحية:** يعد الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية مؤشرا على أهميتها في القطاع الصحي، والذي يعتبر من أكثر القطاعات حاجة لاستخدام هذه الأساليب، وذلك لأهمية هذا القطاع وكثرة المستفيدين منه والعمل على إرضائهم. وتمثل هذه الأهمية فيما يلي: (عصماني سفيان، 2006/2005، ص 118-119).

✓ تساعد برامج الجودة على تشجيع العاملين في المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتهم على زيادة

إنتاجيتهم وحثهم على تقديم الأفضل؛

✓ تمكن ادارة المؤسسة الصحية من التعرف على احتياجات المرضى والعمل على تحقيقها مما يؤدي الى

تحسين سمعها؛

✓ تساعد في التركيز على المشاكل التي تؤثر على مستوى الخدمات الصحية المقدمة، مما يؤدي الى التوصل الى طريقة منسقة ومتكاملة لتحديد المشاكل، ومن ثم تسهيل الاجراءات اللازمة للتعامل معها قبل أن تصبح بالدرجة التي لا يمكن التعامل معها؛

## 6- أبعاد جودة الخدمات الصحية: يمكن تجاوزها في الجدول الموالي:

جدول رقم(1): أبعاد الجودة للخدمات الصحية.

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ثقة عالية لدى المريض بأن حساباته المالية صحيحة عند مغادرته المستشفى.</li> <li>- له ثقة بأن حياته بين أيدي أمينة.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-دقة السجلات المعتمدة في ادارة المستشفى.</li> <li>-صحة القوائم المالية.</li> <li>-المواعيد الدقيقة في الاجراءات الطبية</li> </ul>	الاعتمادية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- وصول سيارات الاسعافخلال دقائق معدودة.</li> <li>- قاعة العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقديم خدمات علاجية فورية.</li> <li>استجابة لنداءات الطوارئ الخارجية.</li> <li>العمل على مدار ساعات اليوم.</li> </ul>	الاستجابة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- المعاملة الطبية من قبل الأطباء.</li> <li>- تدريب ومهارة عالية في الأداء.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- سمعة ومكانة المستشفى عالية.</li> <li>المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والفريق الطبي.</li> <li>الصفات الشخصية للعاملين.</li> </ul>	الضمان
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظافة عيادة المرضى وكوثها ذات مظهر تخصصي.</li> <li>- جودة الطعام المقدم للراقيدين في المستشفى.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج.</li> <li>- المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة.</li> <li>- أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.</li> </ul>	الملموسية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الممرضة بمثابة الأم الحنون للمريض.</li> <li>- النظر للمريض بأنه دائماً على حق.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اهتمام شخصي بالمريض.</li> <li>الاصغاء الكامل لشكوى المريض.</li> <li>تلبية حاجات المريض بروح من الود واللطف.</li> </ul>	التعاطف

المصدر: تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص213.

## 7- العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية: هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الخدمات الصحية، تتمثل فيما يلي:

(سويسري دلال، 2012/2011، ص ص 45-46).

**7-1-1- تحليل توقعات المريض:** تحتاج المؤسسات الصحية الى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم للخدمة الصحية، بحيث يكون هذا التصميم متوقفا على توقعات المريض لأنها الطريقة الوحيدة التي تمكنهم من تحقيق جودة عالية للخدمة المقدمة.

**7-2- تحديد جودة الخدمة الصحية:** يجب على المؤسسة الصحية أن تضع التوصيف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.

**7-3- أداء العاملين:** عندما تضع ادارة المؤسسة الصحية معايير الجودة للخدمة الصحية المقدمة ويتحقق الالتزام بتنفيذها من قبل الطاقم الطبي في المؤسسة الصحية، فإنها في المقابل يجب أن تعمل على إيجاد الطرق المناسبة التي تضمن من خلالها الأداء المناسب.

**8- قياس جودة الخدمات الصحية:** لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة ولا سبيل الى تجاهلها، ولكن عند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات والمتغيرات التي سيتم قياسها. وفيما يلي استعراض لمداخل قياس جودة الخدمات الصحية: (كحيلة نبيلة، مرجع سابق، ص ص 93-99).

**8-1- قياس الجودة من منظور المرضى:** من الطرق الشائعة لقياس جودة الخدمات الصحية في إطار هذا المدخل:

**8-1-1- مقياس عدد الشكاوي:** يمثل عدد الشكاوي التي يتقدم بها المرضى خلال فترة زمنية معينة مقياسا هاما يعبر على أن الخدمات الصحية المقدمة دون المستوى أو أن ما يقدم لهم من خدمات لا يتناسب مع توقعاتهم لها، وهذا المقياس يمكن المؤسسة الصحية من اتخاذ الاجراءات المناسبة لتجنب حدوث المشاكل، وتحسين مستوى جودة ما تقدمه من خدمات للمرضى.

**8-1-2- مقياس الرضا:** وهو أكثر المقاييس استخداما لقياس اتجاهات المرضى نحو جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم خاصة بعد حصولهم على هذه الخدمات، وذلك من خلال جمع المعلومات عن المرضى.

**8-1-3- مقياس الفجوة (نموذج servqual):** ينسب هذا المدخل الى باراسرمان وآخرون وهو يستند الى توقعات المرضى لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل ومن ثم تحديد الفجوة (أو التطابق) بين هذه التوقعات والادراكات، وذلك باستخدام الأبعاد الخمس الممثلة لمظاهر جودة الخدمة.

**8-1-4- مقياس الأداء الفعلي (نموذج servperf):** والذي توصل اليه كل من "كرونين وتايلور" ، ويعتبر نموذجا معدلا عن سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للمريض على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات، ويمكن التعبير عن ذلك بأن:

جودة الخدمة = الأداء الفعلي

**8-1-5- مقياس القيمة:** تقوم الفكرة الأساسية لهذا المقياس على أن القيمة التي تقدمها المؤسسة الصحية للمرضى تعتمد على المنفعة الخاصة بالخدمات المدركة للمريض وتكلفة الحصول على هذه الخدمات.

**8-2- قياس الجودة المهنية:** في هذا الاطار يمكن التمييز بين أنواع المقاييس التالية:(أمير جيلالي، ص52).

**8-2-1- المقاييس الهيكلية (قياسات البنية):** إن مقاييس الهيكل للرعاية الصحية مرتبط بالأفراد والتسهيلات المقدمة في تقديم وتزويد الخدمات والطريقة التي تنظم بها، ولذا فإن أبعاد المقاييس الهيكلية تشمل التنظيم، الأفراد والتسهيلات المتاحة في المؤسسة الصحية.

**8-2-2- مقاييس الاجراءات:** تسمى كذلك مقاييس العمليات، ويدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم أو توصيل الخدمة الصحية، وهي التي تتسبب في الوصول الى النتائج (المخرجات). وتعتمد المداخل المتصلة بتقويم الاجراءات على اصدار معايير مقبولة للرعاية الجيدة ودراسة تطبيقات هذه المعايير على حالات المرض. ومثال ذلك قياس اجراءات رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى.

**8-2-3- مقاييس النواتج:** يعكس هذا المدخل التغيرات الصافية في الحالة الصحية كنتاج للرعاية الصحية. ومن المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي:

✓ الحالة الصحية العامة؛

✓ مؤشرات النواتج لأمراض بالتحديد وذلك بما تشمله من معدلات الوفيات لأمراض معينة، أو وجود أعراض

معروفة مصحوبة بالمرض، أو معوقات سلوكية مرتبطة بأمراض معينة.

## المحور الثاني: واقع وتطور النظام الصحي في الجزائر.

حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات المجتمع في مجال الصحة توفيراً كاملاً ومنسجماً وموحداً من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها في ظروف متغيرة وتحديات متزايدة و متواصلة .

**1- تطور النظام الصحي في الجزائر: مرّ النظام الصحي في الجزائر بعدة تحولات، كانت نتيجة لقرارات سياسية وأزمات اقتصادية. ويمكن تقسيم المراحل التي مرّ بها النظام الصحي في الجزائر الى ثلاثة مراحل أساسية كما يلي:**

**1-1- المرحلة الأولى (1962-1973):** عرف القطاع الصحي خلال هذه المرحلة، تطورات كبيرة من خلال المستخدمين والهياكل القاعدية - بالنظر الى الوضعية الصعبة التي كان يعيشها بعد الاستقلال- ولكن بمستوى تميز بالبطء مقارنة مع التطور السكاني الذي عرفته البلاد. وكذا بصدور جملة من النصوص والقوانين لتوحيد النظام الموروث من المستعمر. (عتيق عائشة، 2011/2012، ص127).

حيث ركزت وزارة الصحة آنذاك على هدفين أساسيين هما: (كحيلة نبيلة، ص51).

- ✓ تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج؛
- ✓ مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المعدية.

ويمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد في هذه الفترة الى:

- ✓ المستشفيات التابعة للدولة.
- ✓ مصحات خاصة يملكها الأفراد.
- ✓ المراكز والمستوصفات الصحية كانت تدار من قبل البلديات، والتي ألحقت بالمستشفيات ما بين 1967 و1968.

**1-2- المرحلة الثانية (1974-1989):** تميزت هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية بما يلي: (أمير جيلالي، ص41).

- ✓ تأسيس الطب الجاني بداية من شهر جانفي من سنة 1974 مما سمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية؛
- ✓ إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما سمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية؛

✓ تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي.

وقد سجل خلال هذه الفترة إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى ( العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن. وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم(02): تطور المشآت القاعدية والمستخمين في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (1974-1989).

البيان	السنة	1974	1980	1985	1989
المستشفيات		143	183	211	275
مراكز صحية		558	662	969	1238
عيادات متعددة الخدمات		106	161	319	485
قاعات علاج		1402	1364	2454	---
عدد الأسرة في المستشفيات		43404	43028	49315	58605
دور الولادة		50	54	---	333
الأطباء العامون		2672	8512	13221	21467
أطباء الأسنان		494	1691	2750	6892
الصيدالة		542	1105	1359	1839

المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على:- حوصلة احصائية(1962-2011)، الديوان الوطني للإحصاء، ص ص111-114.

- أما على مستوى المؤشرات الصحية فنسجل تراجع لمعدل وفيات الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية، كم ارتفع أمل الحياة من 51 سنة عام 1965 إلى 65 سنة عام 1987.

**1-3- المرحلة الثالثة (1990-2001):** تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل والتي تطورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت الى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن. وترجم هذا الأخير فيمايلي:(كحيلة نبيلة، ص52).

✓ مشروع الجهوية الصحية والذي شرع فيه الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة.. لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني والتنظيمي حدّ من صلاحياتها في بعض التوجيهات أكثر إستشارية منها قرارية.

✓ إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والتي تمثلت في: المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية(LNCP)، الصيدلية المركزية للمستشفيات(PCH)، الوكالة الوطنية للدّم(ANS)، الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي(ANOS)، المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد(CNPM).

وما يميز هذه المرحلة هو التراجع الذي عرفه عدد الهياكل القاعدية وهو ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم(03): تطور المنشآت الصحية والمستخدمين في الجزائر للفترة (1990-2001).

البيان	السنة	1990	1995	2001
المستشفيات		245	251	275
مراكز صحية		1309	1152	1265
عيادات متعددة الخدمات		510	471	504
قاعات العلاج		3344	4174	4100
عدد الأسرة بالمستشفيات		60124	54213	54869
دور الولادة		475	489	442
الأطباء العامون		23550	27317	33654
أطباء الأسنان		7199	8056	8408
الصيدلة		2134	3691	5198

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على: حوصلة احصائية(1962-2011)، الديوان الوطني للإحصاء، ص ص111-114.

**1-4- المرحلة الرابعة (2002-2015):** يعتبر العنصر المميز لسنة 2002 في مجال الصحة في الجزائر تغيير اسم وزارة الصحة والسكان الى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات - ويندرج هذا التغيير ضمن حركية الاصلاحات التي تشهدها الجزائر والتي مست العديد من القطاعات- والتي تهدف الى التخطيط وتنظيم العلاج بالمستشفيات نتيجة الاختلالات الهيكلية والتنظيمية التي كانت تعاني منها وهو ما انعكس على الخدمات الصحية المقدمة. كما تهدف الى السياسة الجديدة الى أنسنة وتأمين الخدمات الصحية وعصرنة النشاطات تماشيا مع الطلبات الجديدة مما يسمح بتوفير خدمة ذات نوعية مع المحافظة على مبدئي العدالة والتضامن المكرسين من طرف الدولة. وقد عرف القطاع من جانب آخر انتقالا للوضع الديمغرافية والبيئية للسكان الى تعزيز العلاج الجوّاري من أجل تقريب الصحة من المواطن.

وباشرت السلطات العمومية في تطبيق تنظيميا جديدا للمؤسسات الصحية في سنة 2007 يهدف الى فصل مهام المستشفيات الجامعية وتلك التي تضمن علاجا قاعديا. كما برز تقسيما جديدا للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوّارية والتي تشمل أيضا قاعات العلاج والعيادات متعددة الخدمات، و هو ما يوضحه الجدول الموالي .

جدول رقم(04): تطور المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين في في القطاع الصحي في الجزائر للفترة (2002-2015).

2002	2006	2010	2013	2015
------	------	------	------	------

الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل  
10 و 11 أفريل 2018 ..... كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير..... جامعة 8 ماي 1945 \*قائمة\*

300	282	276	264	261	المستشفيات (المؤسسات الاستشفائية)
271	271	271	271	---	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية
1659	1615	1491	1419	513	عيادات متعددة الخدمات
5792	5639	5350	5077	4228	قاعات علاج
415	412	431	419	103	دور الولادة العمومية
98551	93322	76932	56410	49184	عمال السلك الطبي
123458	123344	104301	89968	87571	عمال السلك الشبه الطبي

المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على:

- الديوان الوطني للاحصاء، حوصلة احصائية(1962-2011)، ص ص 111-114.

- الديوان الوطني للاحصاء: الجزائر في أرقام، أعداد مختلفة.

## 2- مكانة الجودة في ظل الاصلاحات الجديدة:

تظهر مكانة الجودة في القانون التنفيذي رقم 104/07 من ناحية التنظيم وتسيير هذه المؤسسات. فيسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس ادارة تحت إشراف مدير المؤسسة، وتزودان ببيئة استشارية تدعى المجلس الطبي. فمنذ المرسوم التنفيذي لسنة 2007 والذي دخل حيز التنفيذ سنة 2008 أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة، من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. وقد أعطت سياسة الاصلاح الجديدة مكانة للقطاع الخاص حيث بلغ عدد العيادات الخاصة سنة 2015 حوالي 22006 عيادة موزعة ما بين العيادات المتخصصة وعيادات الطب العام وعيادات طب الأسنان وعيادات جماعية .

أما بخصوص الاستثمارات في هذا المجال فقد فتحت الجزائر الباب أمام المستثمرين الأجانب مثل بعض الشركات الأجنبية في إصلاح العتاد وصيانته، بالإضافة الى السماح لبعض المؤسسات الصحية الأجنبية بفتح مؤسسات متخصصة في طب العيون مثلا مثل المؤسسات الكويتية. الأمر الذي يدفع المؤسسات الصحية الجزائرية الى الاهتمام بالجودة في تقديم الخدمات وبلوغ مستويات الجودة العالمية.(عتيق عائشة، ص 141).

## 3- أوجه القصور في النظام الصحي في الجزائر: يعاني النظام الصحي في الجزائر من العديد من العقبات والمشاكل

- وخاصة المستشفيات- والتي تمس جوانب مهمة في أدائها نستعرضها فيما يلي: (أمير جيلالي، ص ص 182-187).

### 3-1- العراقيل المرتبطة بالتمويل: ويمكن تلخيصها فيمايلي:

✓ تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية؛

- ✓ ميزانيات المستشفيات لا يتم التفاوض بشأنها؛
- ✓ مديونية ثقيلة؛
- ✓ غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية؛
- ✓ امتصاص حقيقي لميزانيات القطاعات الصحية من قبل مستشفى على حساب الهياكل غير الاستشفائية وهو ما يتسبب في زعزعة المنظومة الصحية والمس بمبدأ تسلسل الاصلاح.

### 3-2- الاختلالات المرتبطة بكل من التنظيم والوسائل المادية والبشرية: وتتمثل فيمايلي:

- ✓ تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة؛
- ✓ عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمؤسسات الصحية مع مهامها؛
- ✓ عدم ملاءمة وحدة الهياكل التنظيمية؛
- ✓ بطء اجراءات التسيير؛
- ✓ تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة؛
- ✓ تباين في التوزيع للموارد البشرية والمادية بين المناطق ؛
- ✓ نقص التجهيزات وقدمها في كثير من الأحيان؛
- ✓ عدم تجانس حظيرة العتاد الطبي ونقص الصيانة؛
- ✓ نفاذ المواد الصيدلانية بسبب الضغوطات المالية والتنظيمية والتي تزيد من شدتها الاختلالات في تسيير المستشفيات والأدوية.

### 3-3- العراقيل المرتبطة بالاعلام: إن منظومة الاعلام الحالية لا تدل إلا جزئيا على حجم طلبات العلاج ونوعية

الخدمات المقدمة للسكان، أهم العراقيل التي يعاني منها القطاع الصحي في هذا المجال مايلي:

- ✓ مكاتب القبول في المستشفيات غير مسيرة على أكمل وجه؛
- ✓ سجلات وأدوات التسجيل غير كاملة؛
- ✓ مستخدمون ناقصو التكوين في الترميز؛
- ✓ سوء مسك الملف الطبي والتقارير الطبية؛
- ✓ عدم ملاءمة بعض السجلات الادارية.

### 3-4- العراقيل المرتبطة بالتكوين: يكتسي تكوين المستخدمين في قطاع الصحة أهمية كبيرة، ويعتبر ملفا هاما يجب

الاعتناء به وذلك لعدة اعتبارات نوجزها فيمايلي:

- ✓ إن نظام التعليم والتكوين لا يأخذ بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة ح
  - ✓ بعض التخصصات غير واردة ضمن مخطط تسيير الموارد البشرية؛
  - ✓ التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات، التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عليه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية وشبه الطبية؛
  - ✓ مدارس الشبه الطبي لا تستجيب كلية الى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين؛
  - ✓ تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب الى مواصفات التسيير في المستشفيات؛
- 3-5- الاختلالات المتعلقة بالقطاع الخاص:** إن الازدواجية التي يتميز بها النظام الصحي في الجزائر، خلقت نوع من عدم التوازن بين القطاعين العام والخاص بسبب عدم مراقبة ظروف وأساليب النشاطات الخاصة بالقطاع الخاص، والتي تهدف في معظم الأحيان الى أهداف تجارية بحتة.

هذه الازدواجية شكلت خطرا على المستشفيات العمومية التي من خلالها أصبح المستشفى يلعب دور المساعد الاجتماعي، وبالتالي يجب إعادة النظر في مبدأ المساواة في العلاج. وعلى الرغم من التطور الحاصل في القطاع الخاص إلا أنه يعاني من الكثير من الاختلالات منها: ( خروبي بزارة عمر، 2010/2011، ص62).

- ✓ غياب قانون أساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة؛
- ✓ عدم احترام دفتر الشروط الخاص بهذه المؤسسات؛
- ✓ غياب المعايير التطبيقية في القطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية؛
- ✓ عدم احترام مدونة النشاطات والأسعار الطبية رغم أنها تبقى محل نقاش؛
- ✓ غياب التعاون والتكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص؛
- ✓ عدم التحكم في تحديد مستحقات وتكاليف النشاطات بالإضافة الى مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للفئات محدودة الدخل؛
- ✓ غياب المشاركة في نظام الاعلام الصحي والنشاطات الوقائية والاستعدادات.

### المحور الثالث: نظام التعاقد في القطاع الصحي في الجزائر.

ساهمت عدة عوامل مثل الزيادة في عدد السكان و زيادة الأمل في الحياة بالإضافة الى التغيرات التي طرأت على الوضعية الوبائية لاسيما تسجيل ظهور بعض الامراض المزمنة التي اثقلت كاهل الدولة في إعادة النظر في سياسة تمويل المؤسسات الصحية من خلال تطبيق نظام التعاقد ابتداء من 01 جانفي سنة 2010 على مستوى 622 مؤسسة صحية كمرحلة أولى، يتولى أكثر من 14 ألف عون على مستوى الوزارة يشرفون على تسيير ملفات المرضى.

**1- مفهوم التعاقد:** حسب المنظمة العالمية للصحة فالتعاقد هو: "تعهد أو عقد يشكل إتفاقا بين متعاملين اقتصاديين أو أكثر، بواسطته يلتزمان بالتخلي أو التملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء." فالتعاقد هنا هو إرتباط إرادي لشركاء مستقلين.(خروبي بزيارة عمر، ص87)

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

**2- أطراف العملية التعاقدية:** ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1993 أن أطراف التعاقد لتمويل الصحة العمومية تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة وهي: ( سعيدان رشيد، بوهنة علي، 2014، ص9، بتصرف)

**1-2- الدولة:** تكون الدولة طرفا في العملية التعاقدية حينما يتعلق الأمر بمرضى محدودي الدخل وغير المؤمنين إجتماعيا، وأيضا فيما يخص نشاطات التكوين، الوقاية والبحث العلمي. حيث تقوم الدولة بتحديد محدودي الدخل (المعوزين) عن طريق مديريات النشاط الاجتماعي على مستوى كل ولاية، التي تقوم بتسليمهم بطاقة المعوز والتي تمكنهم من الاستفادة من بطاقة التأمين الاجباري التي تدفع أقساط الاشتراك فيها الجماعات المحلية.

**2-2- صناديق الضمان الاجتماعي:** حسب المادة رقم (01) من المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 04 جانفي 1992 المتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الاداري والمالي للضمان الاجتماعي المعدل، على أن هيئات الضمان الاجتماعي هي: ( الجريدة الرسمية، العدد رقم 02، الصادر بتاريخ 1992/01/08 ، ص65)

✓ الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء (CNAS)؛

✓ الصندوق الوطني للتقاعد (CNR)؛

✓ الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS).

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

**2-3- صاحب الخدمة:** يتمثل صاحب الخدمة في الهيئات الاستشفائية المقدمة لخدمات العلاج . وحسب ما ورد في المرسوم 101/04 المؤرخ في 01 أفريل 2004 فإن المؤسسات الصحية العمومية تقدم لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمن لهم إجتماعيا وذوي الحقوق الذين تم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية.

**2-4- المستفيدون من الخدمة:** وهم مجموع المرضى المعالجون بالمؤسسات الاستشفائية الصحية العمومية والخاصة الذين يمثلون في نظر هذا التعاقد الزبائن، حيث يلتزمون بتسديد ما عليهم للهيئات الصحية تماشياً مع الفئة التي ينتمون إليها سواء فئة المعوزين (تحت التكفل الكلي للدولة)، فئة المؤمنین (تتكفل مصالح الضمان الاجتماعي بـ 80 % من مصاريف الاستشفاء)، وفئة غير المؤمنین والذين يتحملون مصاريف إستشفائهم كلية.

### **3- أهداف عملية التعاقد ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية:**

يحقق التعاقد مجموعة من الأهداف تتمثل فيما يلي: (سعيدان رشيد، بوهنة علي، ص 10).

**3-1- الشفافية:** من الأهداف الأساسية لنظام التعاقدية هو الوصول الى شفافية أكبر بين مقدمي المال (صناديق الضمان الاجتماعي) وبين مقدمي العلاج (الهيئات والمستشفيات الصحية العمومية)، فهي تمكن مؤسسات الضمان الاجتماعي من التعرف على المستوى الكمي والنوعي للخدمات الطبية والصحية المقدمة للمؤمنين.

### **3-2- التحكم في النفقات:** أي تحقيق الأهداف المسطرة بأقل تكلفة ممكنة وهو ما يسمح بالوصول الى:

✓ الدقة في التمويل؛

✓ إمكانية وضع نسب أو معدلات للنفقات؛

✓ حرية المبادرة والمنافسة؛

فالنهج التعاقدية يتيح للنظام الصحي التحكم في نفقاته عن طريق:

✓ تشخيص التكاليف؛

✓ عقلنة الانفاق، حيث أن المؤسسة الصحية مطالبة بالانتقال من منطق البحث عن الموارد الى منطق البحث عن النتائج؛

✓ استعمال المؤشرات الصحية. (خروبي بزارة عمر، ص ص 88-89).

**3-3- التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية:** لضمان نجاح النظام التعاقدية لابد من توفير الموارد البشرية التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير والاستجابة لمقتضياته. ولا يتسنى ذلك غلا عن طريق التكوين الجيد والمستمر للعمال والبحث عن الكفاءات التي من شأنها تحقيق أهداف البرنامج وذلك من خلال:

✓ تنظيم مكاتب الدخول على أساس الآليات الجديدة؛

✓ إعداد خطط عمل تمكن الطاقم الطبي والشبه الطبي بالتكيف مع الأسلوب الخاص بتسجيل كل خدمة مقدمة للمريض؛

✓ إحداث مكتب لمدوب الضمان الاجتماعي وآخر لممثل النشاط الاجتماعي، لتسهيل عملية التحقق من انتساب المريض الى هاتين الهيئتين، وإلتزام إجراءات التعاقد إضافة الى التأكد من جودة الخدمة المقدمة.

**4-3- تحسين نوعية العلاج:** يفرض النظام التعاقدي على المؤسسات الاستشفائية تقديم أفضل الخدمات العلاجية (مراعاة الجودة) لأن المستفيد من الخدمة ( المريض) قد أصبح شريكا فعليا باعتباره أحد أطراف التعاقد، وذلك من خلال: (سعيدان رشيد، بوهنة علي، ص 10).

✓ الاهتمام بسلوكيات المجاملة وحسن الاستقبال والتوجيه؛

✓ بذل مجهود أكبر في الاتصال بالمرضى وشرح وضعيتهم من أجل إسهامهم في المهمة النبيلة التي تقوم بها المؤسسات الاستشفائية؛

✓ التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل التكاليف ، قصد الحفاظ على النجاعة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس على الجانب الكمي؛

✓ إعادة ربط العلاقات مع المحيط والمجتمع من أجل الاقناع وكسب ثقة الزبون.

**3-5- التحكم في النظام الصحي:** إن إعادة هيكلة النظام الصحي يقود بالضرورة الى الأخذ بعين الاعتبار مكانة الهياكل الصحية سواء كانت عمومية أو خاصة وتحديد مهامها. فالتعاقد يسمح للدولة بتحديث النظام الصحي، ويقضي على كل الحواجز التي أقيمت منذ مدة بين القطاع العام والقطاع الخاص في ميدان الصحة، وهذا بإدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية.

**3-6- إحترام مبدأ تدرج العلاج:** من خلال عرض العلاج والتخصص في تقديم العلاج من الدرجة الأولى والثانية والدرجة الثالثة.

فالنظام التعاقدي يبدو أكثر فعالية من نظام الدفع الجزائي الذي يتميز بالغموض في طريقة تسييره. سواء في علاقة صناديق الضمان الاجتماعي مع المؤسسات الصحية، أو في علاقة صناديق الضمان الاجتماعي مع المؤمنين اجتماعيا.

**4- إجراءات تنفيذ النظام التعاقدي:** تجسيدا لخطة الاصلاح الشامل ، رسمت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات خطة متكاملة حددت على إثرها نقاط الضعف وطبقت تجربة أولية في بعض القطاعات الصحية والمراكز المتخصصة والمستشفيات الجامعية نتجت عنها سياسة التعاقد. جمعت هذه السياسة ثلاثة أقطاب لها علاقة مباشرة بالمريض وهي:

✓ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات؛

✓ هيئة الضمان الاجتماعي؛

✓ مديريات النشاط الاجتماعي الولائية.

حيث جندت هذه الهيئات إمكانياتها لضمان السير الحسن لهذا التعامل الجديد، الذي يربط المواطن بصفة مباشرة مع الهياكل الصحية، وتتلخص هذه العملية في المراحل التالية:

✓ تقديم بطاقة التسجيل الخاصة بالضمان الاجتماعي؛

✓ تقديم بطاقة المعوز والتي يحصل عليها كل ذوي حاجة من مديرية النشاط الاجتماعي؛

✓ تقديم بطاقة الضمان العسكري (خاصة بالجيش الوطني والدرك الوطني).

يقوم المستفيد من الخدمة بتقديم هذه البطاقة الى مكتب الدخول عند دخوله المستشفى وذلك من أجل إتمام الاجراءات المتعلقة بفاتورة التكاليف التي تبين مختلف الخدمات التي تلقاها المريض خلال إقامته بالمستشفى.

من جهة أخرى عملت الدولة على تسخير الأرضية المناسبة لتطبيق النظام التعاقدى من خلال: اعتماد التكوين المتواصل لعمال القطاع، تدعيم المستشفيات بتجهيزات جديدة ومرافق أخرى، التركيز على مكتب الدخول وتدعيمه ببرنامج وطني للفاتورة باعتباره الواجهة الرئيسية التي تحرص على تطبيق هذه الاصلاحات ، اصدار التعليمات التي تؤكد على حسن التكفل بالخدمات مثل الاطعام والإيواء والمعاملة. (سعيدان رشيد، بوهنة علي، ص 11).

#### الخاتمة:

في ظل التزايد المستمر للنفقات الصحية وزيادة الثقل الاقتصادي والأهمية الاجتماعية للقطاع الصحي من جهة، وتزايد الطلب على الخدمات الصحية من جهة أخرى. أخذت الجزائر على عاتقها إصلاح منظومتها الصحية من أجل التوفيق بين طرفي هذه المعادلة الصعبة ، وذلك باللجوء الى نظام التعاقد الذي أصبح في الوقت الراهن - بناء على التجارب الدولية في هذا المجال- حلا ناجعا للعديد من المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية وفي مقدمتها نقص الفعالية وسوء التسيير، الشيء الذي انعكس سلبا على جودة الخدمات المقدمة. لكن ورغم إقراره في قانون المالية لسنة 1993 إلا أن تطبيقه تم تأجيله لعدة مرات ولأسباب مختلفة. وعليه حان الوقت للتفكير في إعادة تفعيل هذه الآلية من أجل التحكم في النفقات من جهة و التكفل الجيد بالمرضى وبالتالي تحسين جودة الخدمات المقدمة من جهة اخرى، وذلك بتفعيل دور الأطراف المعنية بهذه الآلية وتوفير الظروف اللازمة لنجاحها.

#### المراجع:

1- الديوان الوطني للاحصاء، الجزائر في أرقام، أعداد مختلفة.

الملتقى الوطني الأول حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل  
10 و 11 أبريل 2018 ..... كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير..... جامعة 8 ماي 1945 \*قائمة\*

- 2- الديوان الوطني للاحصاء، حوصلة احصائية 1962-2011.
- 3- المرسوم التنفيذي رقم 07/92 المؤرخ في 04 جانفي 1992 المتضمن الوضع القانوني لصناديق الضمان الاجتماعي والتنظيم الاداري والمالي للضمان الاجتماعي المعدل، الجريدة الرسمية، العدد رقم 02، الصادر بتاريخ 1992/01/08 .
- 4- أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2009/2008.
- 5- تامر ياسر البكري، تسويق الخدمات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
- 6- حميد عبد النبي الطائي، بشير عباس العلق، تسويق الخدمات، دار اليازوري، 2009.
- 7- خروبي بزاره عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، مذكرة ماجستير في العلوم السياسية، جامعة الجزائر 3، 2011/2010.
- 8- سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الاصلاحات، مجلة البشائر، العدد الاول، سبتمبر 2014.
- 9- سويسي دلال، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة ماجستير، جامعة ورقلة، 2012/2011.
- 10- عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية- دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، مذكرة ماجستير، جامعة تلمسان، 2012/2011.
- 11- عصماني سفيان، دور التسويق في نظام الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين ( المرضى)، مذكرة ماجستير، جامعة المسيلة، 2006/2005.
- 12- كحيله نبيلة، تطبيق الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد الصديق بن يحيى-جيجل- ، مذكرة ماجستير، جامعة قسنطينة، 2009/2008.