

## النظام التعاقدى واصلاح المؤسسة الإستشفائية

د. بن حليلة حميدة

قسم علم الاجتماع بجامعة باجي مختار - عنابة -

مديرة النشاطات الصحية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة بالونى-عناابة-

### ملخص:

إن المؤسسة الإستشفائية تأثرت بالتحويلات الإقتصادية والإجتماعية التي ميزت البيئة الخارجية المحيطة بها والتي أثرت بدورها على بيئتها الداخلية. فالحوارات الحالية حول السياسات الصحية تأثرت بصفة أساسية باتجاه يميل إلى إدخال ميكانيزمات السوق في النظام الصحي ، هذا التطور يلخص بصفة أساسية توجهات جديدة لسياسات التسيير في القطاع العام و التي ترى أن في ميكانيزمات القطاع الخاص تكمن الحلول لعدد كبير من مشاكل القطاع العام، لذا وجدت السلطات العمومية للصحة أن تجسيد النظام التعاقدى في المؤسسة الإستشفائية سيحقق الأهداف المفروضة عليها.

**RESUME** : L'organisation hospitalière ainsi que son environnement interne sont influencés par les mutations et les réformes économiques et sociales caractérisant l'environnement externe dont elle évolue. Les discussions actuelles au sujet de la politique de santé ont tendance à introduire le mécanisme du marché dans le système de santé à travers l'introduction d'un nouveau système de gestion à savoir la contractualisation. Ce nouveau système de gestion qui repose sur la contractualisation est choisi pour être l'objet de notre article. Car il est d'actualité et y repose la politique de réforme des organisations hospitalières de santé dans plusieurs pays du monde en général et dans notre pays notamment.

### أولاً: نظرة عن واقع المؤسسة الإستشفائية

تعد المؤسسة الإستشفائية من المنظمات الإجتماعية التي يتوافر فيها البناء والوظيفة ، وهذا البناء تتساند أجزاؤه وظيفيا لتحقيق أهداف المؤسسة من خلال وحدات هذا البناء، حيث تتفاعل مع المحيط الخارجي ( السياسي ، القانوني، الإقتصادي ، الثقافي) كما تخضع لديناميكية المجموعات الإجتماعية المكونة لها ( أطباء ، مسيرين، اداريين، شبه طبيين ، عمال مهنيين ) أين نجد لكل مجموعة قيمها التي تميزها عن غيرها.

إن المؤسسة الإستشفائية تنمو و تتطور في ظل نظام علاقتي معقد تكونه الفئات المتعايشة داخله:

**فئة المرضى:** تحمل قيمة ثقافية متباينة مما يجعل تطلعات كل فئة متباينة، فتكون بذلك الإستجابة للحاجات الصحية نسبية حسب متطلبات كل فئة . كما أن زيادة مستوى الوعي بفعل التطور الإعلامى المهول، جعل من هذه الفئة تشتت النوعية في الخدمات الصحية دون أن تكون لها الدراية التامة بحقيقة امكانيات المؤسسة للاستجابة لذلك .

**الفئات المهنية:** و التي يقصد بها الفريق المعالج الذي تنحصر مهامه في القيام بأعمال علاجية بحتة ، تتراوح بين رسم وتنفيذ الخطط العلاجية للمرضى . أما الإداريون فهم مكلفون بتنفيذ السياسة الوطنية للصحة و مختلف النصوص القانونية و المحافظة على حقوق المرضى. أما المسؤول الإداري فيجد نفسه بين خيارين: هل يركز في مسار تأطير المؤسسة الصحية على ضمان العلاج دون التركيز على ضمان تسيير محكم و ناجع لمختلف جوانب المؤسسة ؟ أم خيار ضمان تسيير فعال و عقلائي للموارد الموضوعة تحت تصرفه ، دون التركيز على ضمان تغطية صحية ( علاجيا و وقائيا ) تصل للمواطن و تلمس احتياجاته الصحية الحقيقية؟ .

**أما فئة الشركاء :** و المقصود به المساهمون في تمويل المؤسسة الصحية ، أي صندوق الضمان الإجتماعي و خزينة الدولة ، فهذين الشريكين يؤمنان تمويلًا لهذه المؤسسة دون أن يرفق ذلك بقياس أو حساب أو بحث عن مآل تلك الأموال و مدى انعكاسها على المستوى الصحي للمواطن ، لكونه تمويلًا جزافيا لا يخضع لأي عمليات تفاوض أو متابعة.

إن كل فئة من الفئات التي أشير إليها تعمل ظاهريا على بذل العناية من أجل التكفل بالمرضى ، لكن من الناحية العملية كل نظام يعمل على تحقيق تلك الغاية بمعزل عن الآخر ، مما يؤثر سلبا على النوعية من ناحية ، وقصر النظرة الشمولية من ناحية أخرى .

إذا بدأنا من المدارس الكلاسيكية بروادها الثلاث " وليام فريدريك تايلور " الذي قال بضرورة التنظيم العلمي للعمل لتحقيق المردودية. و الألماني " ماكس فيبر " مؤسس نظرية البيروقراطية الذي اعتبر المنظمة جهازا اداريا أهم ما فيه مجموع النصوص و اللوائح التنظيمية التي تنطبق لكل الحالات التي تعترض هذا الجهاز . ليأتي بعد ذلك الفرنسي " هنري فايول " مؤسس نظرية مكتملة لما رآه فيبر، بفكرة التصميم الهيكلي للمنظمة.

نجد أن أولئك اشتروا في تسليط الضوء على المميزات الأساسية التي تطبع المنظمة من وجهة نظرهم و التي تتمثل في :

- العلاقات السلمية القائمة على نمط الإشراف التسلسلي، مع التمييز بين أولئك الذين يوجدون في أعلى الهرم السلمي، الذين يتولون التفكير و القرار و المراقبة و أولئك الذين يوجدون في التنفيذ.
- السلطة تستمد مشروعيتها من القانون و الكفاءة التقنية.
- عدم وجود العمل الجماعي، مع تفشي ظاهرة العزلة و الفردية و التخصص.
- التعريف الشكلي للوظائف.

أكثر من ذلك تغييب فكرة " الإنسان الثروة " وهي الفكرة نفسها التي شكلت نقطة انطلاق أبحاث السويدبي " إلتون مايو " مؤسسة مدرسة العلاقات الإنسانية ، حيث أثبت -عكس المدرسة الكلاسيكية - أهمية و تأثير العامل

البشري على رفع الإنتاج ، هذا الدور الرائد الذي حضى به الإنسان في ظل هذه النظرية فتح المجال لظهور دراسات عديدة حول تبيين دور الفرد في المنظمة لتأخذ شكلا أكثر نضجا.

إن هذه النظريات يمكن تفسير من خلالها الواقع الذي تعيشه المؤسسة الإستشفائية، فالوضعية الحالية للمؤسسات الإستشفائية تكشف عن جملة من الإختلالات التي تعرقل تحقيق غايتها الأساسية المتمثلة في حماية الصحة وترقيتها ، فالمؤسسة الصحية تعرف نوع من اللاتوازن واللااستقرار: عدم تلاؤم القوانين الأساسية للمؤسسات، هياكل تنظيمية غير ملائمة و غير موحدة، مستخدمون مثبطون بسبب قوانين أساسية غير ملائمة و ظروف عمل و نظام كفاءات متدهور، تكاليف و نفقات صحية في تزايد مستمر، مرتفقين يطالبون بجودة و نوعية الخدمات الصحية المقدمة لهم ، ويتجلى ذلك بصفة واضحة من خلال البيئة الداخلية و الخارجية التي تعيش و تنمو فيه المؤسسة الإستشفائية .

## I- البيئة الداخلية

إن الباحث في البيئة الداخلية للمؤسسة الإستشفائية يجدها متخبطة في عراقيل و اختلالات، فأسلوب تنظيمها الحالي تجاوزه الزمن وأصبح غير قادر على ضمان تلبية الخدمات التي ينشدها أفراد المجتمع ، هذه الإختلالات يمكن حصرها في النقاط التالية<sup>1</sup>:

### 1- التنظيم الداخلي و حيثياته:

◀ إن المؤسسة الإستشفائية مؤسسة ذات طابع إداري<sup>2</sup> تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري الذي لا يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، أين العلاقات الهيكلية واضحة، في حين أن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، فهذا القانون وضع حواجز وعراقيل، فنجد تعدد أجهزة التدخل على عدة مستويات مما جعل الوصاية ثقيلة فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة<sup>3</sup>.

أولا: من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية الوصية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها .

ثانيا: خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية تسيير الوسائل المخولة لها من قبل التشريع، التنظيم والمتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة وهذا بالرغم من تمتعها باستقلالية قانونية<sup>4</sup> تكفلها مختلف النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بها من خلال تمتعها بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة و السكان واصلاح المستشفيات : التقرير التمهيدي لاصلاح المستشفيات : الأولويات و الأنشطة المستعجلة ، جانفي 2003.

<sup>2</sup> - المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 المتعلق بإنشاء ، تنظيم وتسيير المؤسسات الإستشفائية ، الجريدة الرسمية

رقم 81.

<sup>3</sup> -A. RAHMANI : la gestion du potentiel humain dans la conduite du changement : vers une organisation favorisant une GRH moderne et dynamique, revue idara , école nationale d'administration, Alger, n 25,2003 ,p202.

<sup>4</sup> - المرسوم التنفيذي رقم 465/97 : مرجع سبق ذكره.

إن هذه الطبيعة القانونية التي تصطبغ بها المؤسسة الإستشفائية المتميزة بالمركزية و أحادية التسيير تؤثر بصفة كبيرة في القرارات المتخذة ، إذ تجعلها في أغلب الأحيان قرارات فوقية و تعسفية و التي تكون في كثير من الأحيان بعيدة عن الواقع المعاش داخل المؤسسة الإستشفائية ، وهو الأمر الذي يجعل من نتائجها لاتصب في الصالح العام ولا يمكنها من استخدام تفويض التسيير الذي يمكن ادارة المستشفى - حسب رواد نظرية العلاقات الإنسانية - من اتباع الطرق العلمية لاكتشاف و تحديد المشكلات سواء كانت ادارية أو صحية أو حتى المتوقع حدوثها ، و بالتالي يعمل على دراستها باشتراك جميع الفاعلين و اتخاذ الخطوات و الإجراءات اللازمة للحد منها ومن عمق آثارها المستقبلية أن وقعت، لأن رأي المجموعة يقدم بدائل أفضل من رأي الفرد الواحد و يقوي الإلتزام بتحقيق القرارات .

• غياب التحفيز بالنسبة للموظفين<sup>5</sup> مما أدى إلى ركود نشاطهم في ظل غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل والأجور مقارنة مع القطاع الخاص ،فتسيير مسارههم منظم بقانون قائم على الفكر الإداري المرتكز على منطق التنظيم الإداري و الذي يرتبط بأسس بيروقراطية ،وهو ما يجعل من فرص مشاركة العامل في رسم السياسة العامة للمؤسسة جد ضعيفة أو منعدمة تماما وهو أمر يتناقض مع فكرة مشروع المؤسسة التي لايتعلق بالجانب الإداري فقط / و إنما هو عملية متكاملة تعتمد على مختلف الفاعلين داخا المؤسسة الإستشفائية فمثلا مشاركة العامل في رسم الأهداف العامة للمؤسسة يعتبر نوع من التحفيز المعنوي و المحسوس به ، وهذا ما يرفع من روحه المعنوية و يحقق لهم الرضا من خلال إدراكهم بأن المستشفى لا تعمل بشكل كفي وآلي، بل إن جهودهم في نهاية الأمر هي التي تكون محل تقييم وتقويم، ليس هذا فقط بل إن مزايا تحفيز الموظفين لا تنعكس على البيئة الداخلية للمستشفى فحسب بل تمتد إلى الجمهور العام، والمرضى لأنهم سوف يشعرون بأهميتهم وحسن متابعتهم من قبل المستشفى، وسعي إدارتها على تهيئة الظروف المناسبة لتقديم خدماتها لهم بكل جودة ونوعية، وهو ما ينعكس على سمعة ومكانة المستشفى في المجتمع.

## 2- آلية التمويل و انعكاساتها:

إن المؤسسة الإستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري وهو ما يفترض أنها تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي ، هذا الأخير يفترض أن تكون للمؤسسة ميزانية خاصة يعدها مدير المؤسسة و يعرضها على هيكل التسيير داخل المؤسسة ثم على الوصاية لإعتمادها ، لكن في كل هذه المراحل يكون مسير المؤسسة ملزم باحترام الغلاف المالي الكلي المخصص للمؤسسة التي يديرها ، بحيث يجد نفسه أمام وضعية وأمواقع ، إذ لا يمكن الخروج عن إطاره المحدد مسبقا.

فقبل أمر 65/73<sup>6</sup> كان يتم التحضير للميزانية العامة للمؤسسة العمومية للصحة وفقا للسياسة العامة للدولة ، حيث كان المدير يقدر النفقات اللازمة للتسيير ويتم تحضير التوقعات وفقا للبرنامج الطبي للمصالح الإستشفائية كما

<sup>5</sup> ZEBBAR berrabah :allocution du président du syndicat des gestionnaires de la santé avec le bureau nationale de la réforme hospitalière, revue d'information des gestionnaires de la santé, A.Z édition, Alger , n 1, juillet 2004, , page 18.

<sup>6</sup> لأمر رقم 65-73 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 المتعلق بمجانبة العلاج ، الجريدة الرسمية رقم 22.

كانت تضمن جل الموارد التمويلية للمؤسسة الصحية من خلال نظام الدفع لتكلفة الأيام الإستشفائية على أساس سعر التكلفة لليوم الإستشفائي الذي يحدد في بداية السنة في قانون المالية السنوي<sup>7</sup>.

فالمدير يعد ميزانية أولية قابلة للتعديل عن طريق ميزانية تعديلية، و في هذا الشأن كانت وزارة الصحة لا تتدخل إلا عن طريق التوجيهات العامة في إطار المحاور الكبرى للسياسة الوطنية للصحة، إلا أنه مع الأمر 65/73 زال مبدأ الإستقلالية، حيث أصبحت الميزانية تحدد عن طريق مراسيم تنفيذية لقانون المالية، أين أصبحت وزارة الصحة توزع الإعتمادات المالية على المؤسسات الصحية، فاختفى بذلك السعر اليومي وتم تعويضه بالتمويل الجزائي للنشاطات الصحية و أصبحت الإعتمادات المرخصة تخضع لإجراءات صارمة و لا تأخذ بعين الإعتبار الإحتياجات الحقيقية للمؤسسة و إنما تخضع لعناصر وعوامل أخرى تخص الموارد المالية للخرينة العمومية و قدرة الضمان الإجتماعي على تمويل النشاطات<sup>8</sup>.

فالمنظومة الصحية تعاني من قلة الموارد المالية الأمر الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية لمواجهة طلب هو في تزايد مستمر على العلاج، بالإضافة إلى العديد من الإختلالات الأخرى التي تدخل في هذا الإطار و المتمثلة في :

- ◀ قلة الموارد المالية وسوء توزيعها وعدم تكييفها، فهيكلة النفقات و موارد الميزانية على الشكل الحالي يجمد فكر من ينفذ هذه الميزانية، فهو مقيد بهذه الأبواب لذلك فهو منفق وليس مسير- أنظر الملحق رقم 01- .
- ◀ غياب التحكم في النفقات وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح والنشاطات، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة وغير حقيقية.

فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام المعتمد على التمويل الجزائي و الذي لا يستند لأية مؤشرات تقييمية أبعد المسير عن التحكم في نفقاته لعد دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف النشاطات وهو ما يجعل من محاسبة المستشفى محاسبة تقريبية غير دقيقة و غير حقيقية .

**II- البيئة الخارجية:** نستعرض البيئة الخارجية التي تحيط بالمؤسسة الإستشفائية من خلال التعرض إلى الوضعية الصحية، الوضعية الديمغرافية و الوضعية الإقتصادية.

---

<sup>7</sup>- سعر التكلفة لليوم الإستشفائي يحدد في بداية السنة المالية في قانون المالية السنوي و بناء على هذا السعر يتم استصدار الفواتير الخاصة بالمؤمنين اجتماعيا و كذا فواتير المرضى المعوزين و الذي تتكفل بهم الدولة عن طرق الهيئات أٌجتماعية و الجماعات المحلية للمنطقة مما أدى إلى ظهور ما يسمى ببطاقة العلاج المجاني A.M.G ذات اللون الأخضر و التي تعني مجانية العلاج بنسبة 100% و بطاقة العلاج المجاني ذات اللون الأحمر التي تعني مجانية العلاج بنسب متفاوتة حسب الحالة الإجتماعية و المقدره من طرف مصالح الحالة الإجتماعية للبلدية .

<sup>8</sup>- يوجد حاليا 3 مصادر لتمويل المؤسسة الإستشفائية وهي: خزينة الدولة بنسبة 30 % ، صناديق الضمان الإجتماعي 60/، و تبقى 10/يدفعها المرتفقين أو المستفيدين من الخدمات الصحية .

**1- الوضعية الصحية:**<sup>9</sup> تعرف الجزائر تحول وبائي، أين انتقلنا من هيمنة الأمراض المعدية و المتنتقلة على الوضع العام للصحة إلى سيطرة الأمراض غير المتنتقلة و التي ترتبط مباشرة بالمحيط الإجتماعي و نمط المعيشة .

فمنذ حوالي 30 سنة ، الأطفال وجزء هام من الراشدين كانوا يتلقون العلاج بصفة مستمرة في مصالح الأمراض المعدية و طب الأطفال ضد الدفتيريا، السعال الديكي ، الحصبة ، الشلل والتي ساهمت بشكل كبير في زيادة الوفيات لدى هذه الشريحة إلى جانب عوامل أخرى ميزت فترة ما بعد الإستقلال كالفقر، سوء المعيشة، نقص الإمكانيات ، خاصة النقص الهائل في عدد الأطباء أين تم اللجوء في كثير من الأحيان إلى التعاون الخارجي. فمعدل الإصابة بالحصبة وصل إلى 7.46 سنة 1990 لتصل إلى 34.51 سنة 1995 ثم 11.28 سنة 2000 ثم انخفضت سنة 2001 لتصل إلى 8.97 لتعاود الإرتفاع سنتي 2002 و 2003 أين وصلت إلى 18.88 و 50.02 على التوالي ، ثم انخفضت سنة 2004 لتصل إلى 9.14 إلى 8.97 ، في حين تم تسجيل انخفاض هام في مرض الدفتيريا أين بلغت 0.12 في سنة 1990 في حين لم تسجل أي حالة سنة 2009، وهو ما ينطبق كذلك على مرض الكزاز أين بلغ معدل الإصابة 38 سنة 1990 لينخفض إلى 0.003 سنة 2009 ، أما معدل الإصابة بالسعال الديكي فهو في تذبذب ، حيث وصل إلى 0.1 سنة 1990 ثم 0.46 سنة 2001 ثم انخفض إلى 0.02 سنة 2009.

فالحملات الأولى في سنوات السبعينيات ساهمت في ترسيخ فكرة أن حملات التطعيم و أن الوقاية هي قضية جميع القطاعات وليست المنظومة الصحية فحسب وتتجلى جهود السلطات الصحية في إعداد برنامج التلقيح الذي يعد من أهم البرامج التي تهدف إلى حماية صحة الأم و الطفل من مختلف الأمراض المعدية أو غير المعدية ونظرا لفائدته الوقائية، فقد ركزت السلطات الصحية كل جهودها من أجل تطوير هذا البرنامج بصرف النظر عن متطلباته المالية، يتجلى ذلك من خلال إعادة تكييف رزنامة التلقيح في جانفي 1997 بإضافة التلقيح ضد شلل الأطفال عند الولادة و التلقيح في الوسط المدرسي ثم التعديل الأخير في جانفي 2003 بإدخال التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي من نوع (ب)، وهذا تأكيدا على الأهداف الأساسية المتوخاة ألا وهي القضاء نهائيا أو حتى الخفض من مختلف الأمراض التي يغطيها برنامج التلقيح و المتمثلة في: السل ، la tuberculose ، الدفتيريا، la diphtérie، الكزاز le tétanos، السعال الديكي la coqueluche ، الشلل، la poliomyélite، الحصبة، la rougeole.

وفي هذا الإطار يمكن عرض النتائج التي المتوصل إليها بعد تطبيق هذا البرنامج من خلال الجدول التالي:

## **1-2- الأمراض المتنتقلة عبر المياه<sup>10</sup>:**

<sup>9</sup>- HOTTI leila , CHOUGRANI saada : transition épidémiologique en Algérie ,les cahiers du CRASC , édition CRASC ,Alger, 2009, n 19 p81. Et les statistiques de la direction de prévention( ministère de la santé ,de la population et de la réforme hospitalière), année2009.

<sup>10</sup>Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière : la santé des algériennes et des algériens ,rapport annuel , décembre2004. et les statistiques de la direction de prévention de l'année 2009.

تشكل الأمراض المتنقلة عبر المياه فضاء خصبا للحالات المرضية والوفيات في الجزائر، فهي تمس جميع مناطق الوطن بدرجات متفاوتة ، و من أسباب انتشارها تدهور وانحطاط شروط النظافة نتيجة عدم مراقبة المياه الصالحة للشرب، ورغم الجهود المبذولة في هذا الإطار إلا أن حالات التيفوئيد مازالت مرتفعة ، حيث معدل الإصابة وصل إلى 7.46 سنة 2002 ثم انخفض إلى 1.26 سنة 2009، كذلك معدل الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي من النوع "أ" هو في انخفاض مستمر ، إذ وصل إلى 15.69 سنة 1990 ثم انخفض إلى 9.01 سنة 2001 لينخفض مرة أخرى سنة 2009 أين وصل إلى 1.36 وهو ما ينطبق كذلك على dysenterie أين وصل معدل الإصابة إلى 7.25 سنة 1990 ثم انخفض إلى 1.47 سنة 2009 ، في حين لم يتم تسجيل أية حالة كوليرا ابتداء من سنة 2000.

### 1-3- الأمراض المتنقلة عبر الحيوان<sup>11</sup> :

يعد هذا النوع من الأمراض من مشاكل الصحة العمومية نظرا لخطورته ، نتائجه و تكاليفه، فمعدل الإصابة بالبرسلوز مازال مرتفعا ، حيث بلغ 0.66 سنة 1990 ليرتفع إلى 18.47 سنة 2009 وهو ما ينطبق كذلك على الليشمانيا أين وصل معدل الإصابة إلى 43.45 سنة 2003 مقارنة بـ 8.39 سنة 1990 و 14.03 سنة 2001، فمعدل الإصابة المرتفع لهذه الأمراض راجع إلى عدم توفير الشروط الضرورية لنظافة المحيط و الشروط المتعلقة بصحة الحيوان .

### ب- الأمراض غير المتنقلة :

إن التحقيق الوطني حول الصحة المنعقد في 1990 و الدراسة حول الوفيات في الأوساط الإستشفائية أكدا على الإنخفاض الملموس في الأمراض المعدية والمتنقلة والتي حلت محلها الأمراض غير المتنقلة<sup>12</sup> والتي يطلق عليها بأمراض العصر les maladies de civilisation أين نسجل غياب تكفل المصالح الإستشفائية بهذا النوع من الأمراض كالسرطان،الصحة العقلية،أمراض الشيخوخة التي أصبحت تعد العوامل الأساسية للوفيات في الأوساط الإستشفائية وهو الأمر الذي أكدته التحقيق<sup>13</sup> papfam لسنة 2002 أين وجدت نسبة 3% من السكان الذين أجريت حولهم هذه الدراسة يعانون من ارتفاع ضغط الدم ، الداء السكري 1.5%، ضيق التنفس 1.3%، في حين تسجل حوالي 30000 حالة سرطان سنويا ، وهو يمثل سببا رئيسيا من أسباب الوفيات في الجزائر . يرجع هذا المعدل المرتفع إلى التشخيص المتأخر للمرض و إلى التكفل الصعب و المكلف لمثل هذه الحالات المرضية .

<sup>11</sup> - Ministère de la santé ,de la population et de la réforme hospitalière, la santé des algériennes et des algériens ,rapport annuel , décembre2003. et les statistiques de la direction de prévention de l'année 2009.

<sup>12</sup> Et<sup>3</sup> -SAIHI abdelhak : : le système de santé en Algérie , analyse et perspectives :op. cit p 242.

من خلال ما تقدم يتضح أن الأمراض المتنقلة لم يقض عليها نهائيا رغم الجهود التي بذلتها السلطات الصحية من خلال إعداد برامج وقائية، إذ نلاحظ اليوم ارتفاع عدد الحالات المرضية الناتجة عن هذه الأمراض لأنه من غير الممكن تحسين الوضعية الوبائية للمجتمع في ظل استمرار أسباب التلوث، العدوى ... التي تخدم كل جهود الوقاية<sup>14</sup> والتي تتكفل بها - حسب المادة 54 من الدستور<sup>15</sup> - الدولة بالمقابل نجد الهياكل الإستشفائية غير كافية أو غير مؤهلة للتكفل بالأمراض غير المتنقلة (أمراض العصر) التي تثقل الكاهل المالي للمستشفيات بسبب الإختلالات الحالية في التسيير .

ومع ذلك فالإستجابة للرهانات الصحية التي يطرحها التحول الوبائي لا يعني قطاع الصحة فحسب، بل يستدعي عملا قطاعيا مشتركا يتم بتنسيق النشاطات فيما بينها.

## 2-الوضعية الديمغرافية: إن التحول الوبائي الذي عرفته الجزائر في نهاية الثمانينات والذي أكدته التحقيق الوطني

حول الصحة المنعقد سنة 1990، لا يعد بالظاهرة المنعزلة ولا بالظاهرة التلقائية بل سبقه تحول ديمغرافي الذي يرجع

أساسا إلى التحولات الإقتصادية الإجتماعية، الثقافية والتربوية فما بين سنوات :

**"1800-1900:** كانت نسبة الولادات مرتفعة جدا وكذا الأمر بالنسبة للوفيات التي ارتفعت نتيجة الجوع، الفقر،

الأمراض والأوبئة، لذا بقي عدد السكان مستقر وثابت، إذ قدر بحوالي 4 ملايين نسمة.

**1900-1950:** سجل انخفاضا محسوسا في عدد الوفيات في حين أن عدد المواليد ارتفع ارتفاعا كبيرا مما أدى إلى

زيادة عدد السكان إلى الضعف في مدة 50 سنة .

**1950-1980:** تزايد عدد السكان نتيجة تحسن مستوى المعيشة وارتفاع القدرة الشرائية لدى المواطنين".<sup>16</sup>

**منذ 1985:** نتيجة الإرتفاع المذهل لعدد السكان ونتيجة تزايد متطلباتهم على جميع المستويات جعل من السلطات

العمومية تدرك أن المتغيرة الديمغرافية<sup>17</sup> تعد عرقلة أساسية أمام إنجاز وتحقيق أهداف التنمية الإقتصادية والإجتماعية، مما

أدى إلى المصادقة سنة 1983 على البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي . يعد هذا البرنامج مكملا لبرنامج

الصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، من خلاله نسجل مرحلة نوعية جديدة، بحيث ارتكز على مبادئ تشجيعية

للإنضمام الإرادي للأزواج للتخطيط العائلي بدءا بتنظيم النسل والعمل على تباعد الولادات سواء باستخدام الطرق

الوقائية عن طريق التوعية الصحية للأزواج وللمقبلين على الزواج مؤكدا على الإهتمام بصحة الأم والطفل خلال فترة

الحمل وبعد الولادة، أو بالطرق العلاجية بتناول حبوب منع الحمل وتوزيعها على مختلف المراكز الصحية وقاعات العلاج

خاصة في المناطق النائية والمعزولة .

<sup>14</sup> - Ministère de la santé et de la population :la santé dans ses rapports avec l'environnement, document n01, édition ANDS, Mai 1997 , page 32.

<sup>15</sup>- دستور 1996.

<sup>16</sup> Ministère de la santé ،de la population et de la réforme hospitalière : assises nationales de la santé ,1998.

<sup>17</sup> وزارة الصحة و السكان:التقرير الوطني حول السكان و التنمية لسنة 1994.



غير أن هذا البرنامج لم يكن السبب الوحيد في انخفاض عدد السكان، بل هناك ظروف وأسباب أخرى أهمها الأزمة الاقتصادية التي عرفتها البلاد منتصف الثمانينات والتي أثرت على القدرة الشرائية للمواطن الجزائري، ضف إلى ذلك رغبة الأزواج في تحديد عدد الأولاد الذين يريدون إنجابهم مسبقا من أجل ضمان أحسن تكفل جسماني، نفسي صحي وتربوي لهم، حيث وصل معدل النمو الطبيعي<sup>18</sup> إلى 2.17% سنة 1994 ثم انخفض إلى 1.57% سنة 1998، في حين وصل إلى 1.55% سنة 2002، ثم ارتفع إلى 1.86% سنة 2007 ليرتفع مرة أخرى إلى 1.91% سنة 2008.

فعدد سكان الجزائر عرف تطورا ملحوظا، إذ انتقل من 27.2 مليون نسمة سنة 1994 إلى 31.6 مليون نسمة سنة 2003، ثم ارتفع إلى 35.1 مليون نسمة في 2009/1/1 ووصل إلى 35.7 مليون نسمة في 2010/1/1<sup>19</sup>. يتوزع هؤلاء السكان بنسبة 37.8% على طول الشريط الساحلي، 52.2% موزعون على مناطق التل و الإستهس، في حين أن 9.7% من السكان تتربع على 83% من المساحة الإجمالية للبلاد و المتموقعة في الجنوب. ومع ذلك فإن معدل الأمل في الحياة<sup>20</sup> عرف استقرارا ابتداء من سنة 2006 حيث وصل إلى 74.7 بالنسبة للذكور و 76.8 بالنسبة للإناث، في حين بلغ 73.9 بالنسبة للرجال و 75.8 بالنسبة للنساء سنة 2004.

فاللاتوازن طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لعرض العلاج بالأخذ بعين الإعتبار متطلبات إقامة نظام صحي قائم على الخريطة الصحية التي تأخذ بعين الإعتبار الخصوصيات الجغرافية والديموغرافية لكل منطقة.

**3- الوضعية الإقتصادية :** في 28 ديسمبر 1973 صدر الأمر 65/73 الذي نص على مبدأ مجانية العلاج تجسيدا للتوجه الإشتراكي للدولة الجزائرية، حيث نص في مادته الأولى على تمويل الدولة و الهيئات العمومية التابعة لها، ميزانيات القطاعات الصحية ساعد على ذلك تحسن الوضع الإقتصادي الناتج عن ارتفاع مداخيل النفط، فتكيف نظام التمويل الصحي مع الإلتجاه الإيديولوجي للدولة ساعد بشكل قوي على استبدال سعر التكلفة لليوم الإستشفائي بنظام تمويل جزائي يقضي بتزويد المؤسسات الإستشفائية بميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية، يتم تمويلها عن طريق مساهمة الدولة، مساهمة الجماعات المحلية و مساهمة صناديق الضمان الإجتماعي. إلا أنه مع الأزمة الإقتصادية التي عاشتها الجزائر إبتداء من 1986 نتيجة شح الموارد المالية الناجمة عن العجز المتراكم للميزان التجاري، و انهيار أسعار المحروقات<sup>21</sup> في السوق الدولية و أيضا بسبب انتكاسة وتيرة النمو الإقتصادي وكذا التوترات الإجتماعية و السياسية مما استوجب

<sup>2</sup> - Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : direction de la population, démographie algérienne -2008-et ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, la santé des algériennes et des algériens ,rapport annuel , décembre 2004.

<sup>19</sup> et <sup>2</sup> Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : direction de la population, démographie algérienne -2008-et ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, la santé des algériennes et des algériens ,rapport annuel , décembre 2004.

<sup>21</sup> - البترول كان يساهم بنسبة 95% من عائدات الدولة .

التوجه إلى تطبيق نظام اقتصاد السوق<sup>22</sup>. وهو الأمر الذي فتح المجال أمام القطاع الخاص للإستثمار في مجال الصحة وإشراكه في تحمل مسؤولية الصحية ولو في جانبها العلاجي لتتكفل الدولة بالجانب الوقائي، وبالتالي انتقال المنظومة الصحية من منظومة كان يهيمن عليه القطاع العام إلى وضع يتقاسم فيه القطاع العام مع القطاع الخاص هذه الهياكل و يتعايشان معا .

تعتبر هذه الخطوات كتحويل للمنظومة من توجه اشتراكي إلى توجه يتلاءم مع وضع اقتصادي جديد تخلت بمقتضاه الدولة على بعض الوظائف، إذ نص دستور 1989 في مادته 54 على :

" الرعاية الصحية حق للمواطنين، تتكفل الدولة بالوقاية والأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها." لذا سعت السلطات العمومية إلى العمل على تسيير أكثر عقلانية من خلال إشراك المستفيدين من الخدمات الصحية في تمويل خدمات العلاج، فمنذ سنة 1985 لم تعد توزع الأدوية بالمجان، وابتداءً من 1986 تم العمل بالدفع الجزائي ( ticket modérateur) لتغطية تكاليف الفحوصات و التحاليل الطبية ... بهدف التقليل من التبذير وإعادة توزيع الأعباء والمسؤوليات. ومع ذلك فالأزمة الاقتصادية التي واجهتها الجزائر آنذاك حالت دون تحقيق التوازنات الاقتصادية الكبرى وتحسين الوضعية المالية للدولة مع ضمان المرفق العام والذي ترجم بانخفاض النسبة الموجهة لقطاع الصحة من الميزانية العامة للدولة والتي لا تمثل سوى 3.6% سنة 1987 وانخفضت إلى 1.3% في سنة 2000<sup>23</sup> في ظل زيادة متطلبات التغطية الصحية لهذا الكم المتزايد من الكثافة السكانية، وهذا يتطلب من الدولة الزيادة باستمرار من ميزانية الصحة لتغطية المصاريف المخصصة للتكفل بصحة المواطنين .

لذا أصبح من الضروري التوجه إلى المؤسسات المالية الدولية كصندوق النقد الدولي، البنك الدولي أين قبلت على إثرها الدولة الجزائرية بميكانيزمات جديدة في التمويل حيث شرعت في إصلاحات بهدف التقليل من نسبة التضخم والعجز الذي شهدته الميزانية العامة للدولة، وتبلورت هذه الإصلاحات في مخطط التعديل الهيكلي، والذي كان يهدف أساساً إلى تحقيق توازن الإقتصاد الكلي، وتبني اقتصاد السوق.

## ثانياً: النظام التعاقدية:أسسه و أهدافه

إن العجز الذي عاشته أو تشهده اليوم مختلف الدول في تنظيم هياكلها الصحية، تمويلها و تسييرها، أدى بالحكومات إلى رفع تحديات تهدف إلى ضمان خدمة عمومية ذات جودة و نوعية، ومن هذه الدول من رأى أن في انتهاج النظام التعاقدية تكمن الحلول التي من شأنها التخفيف من حدة هذه الأزمات ومن بينها الجزائر.

<sup>22</sup> - محمد بلقاسم حسن بهلول : سياسة تخطيط التنمية و إعادة تنظيم مسارها في الجزائر ، الجزء الثاني : إعادة تنظيم الإقتصاد الوطني ، ديوان المطبوعات الجامعية ، 1999 ص 315.

<sup>23</sup> - Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, la santé des algériennes et des algériens ,rapport annuel , décembre2004 .

أ: أسس النظام التعاقدى : تتمثل الأسس التي يركز عليها النظام التعاقدى في مايلي<sup>24</sup>:

## 1- لامركزية القرار :

إن تسيير الهياكل الصحية لا يخرج عن التطور الذي عرفه التسيير المؤسساتي في ظل إقتصاد السوق ، و تبني النهج التعاقدى للمؤسسات الصحية يضع موقع صناعة القرارات من ضمن أولويات الإصلاح ، و عليه فقد تم التركيز على أن مصدر القرار يكون دوما لامركزيا ، و يجب أن يكون نابعا من فحوى الإتفاق الجماعي بين جميع العاملين في المؤسسة ( أطباء ،شبه طبيين و إداريين ) فالكل يتكامل كل حسب وظيفته لإسداء مايراه يتلاءم مع إنجاح و تحقيق المؤسسة لأهدافها ، وذلك من أجل تفادي القرارات الفوقية أو التعسفية التي قد تضر بالمؤسسة و العاملين بها<sup>25</sup> .

فهذا<sup>26</sup> الأساس الذي يركز عليه النظام التعاقدى،فهو يمكن مراكز المسؤولية من الاستفادة من تفويض التسيير والذي يمكن أن يصل إلى تفويض الإمضاء، ومن خلاله تكون مسؤولية المدير مسؤولية إستراتيجية *responsabilité stratégique* والمصالح الطبية مسؤولية ميدانية *opérationnelle*.

فالتعاقد يعمل على حث الموظفين لتحسين ظروف إنتاج الخدمات الصحية، و عليه يمكن اعتباره كميكانيزم من ميكانيزمات المناجمت التشاركي<sup>27</sup> ، فهو يربط مراكز المسؤولية بمديرية المؤسسة، فيحددون الأهداف المرغوب في الوصول إليها و وسائل تحقيق ذلك.

فلامركزية التسيير تمكن من اتخاذ قرارات أكثر صوابا كون أن الموظفين العمليين *les personnels opérationnels* الموجودين في الميدان على دراية بكل آليات سير المصالح التي يشرفون عليها، الأمر الذي يمكنهم من التحكم في مختلف المعلومات والوقوف على العراقيل والصعوبات التي تعترض السير الحسن للمصالح<sup>28</sup> . وعلى هذا الأساس يمكن منح حرية أكبر لرؤساء المصالح لتنظيم و تسيير هذه الأخيرة دون الخروج على الإستراتيجية العامة للمؤسسة.

## 2- تحديد الأهداف و الوسائل المادية لها:

<sup>24</sup> -JEAN Paul Segade : la contractualisation à l'hôpital, édition Masson , Paris,2000, pp 25-26.

<sup>25</sup> -JOHN . R et autres : comportement humain et organisation , édition ERPI,paris, 2006, 3<sup>eme</sup> édition ; p244.

<sup>26</sup> -J.PERRROT et L.DE ROODENBEKE : la contractualisation dans le système de santé : pour une utilisation efficace et appropriée, édition Karthala, paris 2005, p 92.

<sup>27</sup> -Y.MAHYAOUÏ : étude juridique-économique de la contractualisation dans le système de soins, thèse de doctorat nom publiée, département santé publique et économie de santé, université paris VII DENIS DIDEROT, 2003, p 259.

<sup>28</sup> - L. BOYER : organisation, théories, application, édition d'organisation,Paris,2003, 2<sup>eme</sup> édition, page 206.

ينطلق النظام التعاقدى بداية من تحديد و إبرام تعاقد داخلي يكون وفق الأهداف المقدمة من الممولين و الشركاء الاجتماعيين ، ويتم تنظيم و تنسيق هذا التعاقد الداخلي بالمؤسسة بين مختلف أجهزتها أفقيا و عموديا مع مراكز القرار فيها :

- المدير

- المجلس الطبي

- المجلس الإداري

- رؤساء الأقسام و المصالح

فالكل يجتمع ليناقش الأهداف المرجوة ، ويتعهد كل منهم بأداء التزاماته و بناء على ذلك يتم تقديم مشروع الأقسام أو المصالح ، الذي ينبغي أن يخضع لمقاييس معروفة من تقييم نجاعة المشروع و هي :

- أن تكون للمشروع أهدافا واضحة وبسيطة مثل : تقليص نسبة المكوث للإستشفاء.

- أن تكون الأهداف محددة و محصورة مثل تخفيض نسبة وفيات المواليد من 30% إلى 15%.

- تعيين المدة الزمنية لتحقيق الأهداف المرجوة مثل : تكوين متخصص للأطباء والقابلات، تجهيز قاعات الولادة بتكلفة إجمالية تصل إلى 1.350.000.00 دج .

- تحديد نسبة تحقيق الأهداف و تحديد هامش الإخفاق مثل : تقدر نسبة تحقيق الأهداف في حالة توفر الشروط إلى حوالي 90% أي بهامش إخفاق حوالي 10% من النسبة المطلوب تحقيقها .

فكل هذه الشروط و الخصائص التي يجب توفرها في مشروع القسم ، تكون موجودة بالضرورة في مشروع المؤسسة المتكامل ، حيث يتم بعد ذلك- و بطريقة محاسبية - تحدد الكلفة الكلية للوسائل المادية التي ينبغي توفرها للقيام بالعمل لتحقيق الأهداف المرجوة .

### 3- توحيد الرؤية و التواصل :

لإنجاح مشروع المؤسسة في إطار النظام التعاقدى ، يجب العمل في جو يسوده توحيد الأهداف و تقارب الأفكار ، وهنا يأتي دور التواصل بين جميع شرائح العمال و المستخدمين في المؤسسة و تشجيع الإتصال أفقيا و عموديا

حيث يجب القضاء على الجدار العازل بين مختلف مكونات المؤسسة الصحية: الإدارة ، الأطباء ، شبه طبيين ، هذا من جهة و المسؤول الإداري ورئيس القسم و رئيس المصلحة من جهة أخرى .

فكل هذه العوارض تعيق الرؤية الموحدة ، وتمنع التواصل المستمر بين العامل و المسؤول في الأخذ و العطاء le . feed back

فالواقع و التجربة أثبتا أنه إذا ما وصل العامل إلى الإقتناع بالهدف الذي تسعى المؤسسة إلى تحقيقه، اجتهد في أداء ما عليه للوصول إلى هذا الهدف ، وبالتالي سهل على المسؤول العملية في انجاح المؤسسة<sup>29</sup> .

فتوحيد الرؤية و التواصل يؤدي بالضرورة إلى مشاركة المستخدمين في ظل ما نصت عليه الإدارة بالمشاركة، إذ لا يمكن لأي مرفق عمومي النجاح في تأدية رسالته في غياب الاستخدام الأمثل والرشيد لموارده البشرية والعمل المتواصل على تميمها ورفع قدراتها ومدتها بالإمكانيات المادية ووسائل العمل الضرورية لتحسين ومردودية ونوعية الخدمة العمومية.

فالقائمين على المصالح هم الأدرى بالميدان ومن خلالهم يكمن مصدر نجاح الإستراتيجية الجزئية ومن ثم الإستراتيجية العامة للمؤسسة لتصل إلى تطور وتقدم المرفق .فالوقت المعاصر أكد على أن المستشفيات التي تشجع استقلالية الوحدات العملية يمكنها من اتخاذ تدابير وإجراءات جادة في أوقات الأزمات.

وعليه فالتعاقد يظهر على أنه نمط تنظيمي، يهتم بتطوير مشاركة المستخدمين في التسيير وتقريب اتخاذ القرار من المستوى العملي niveau opérationnel.

و لإرساء هذه الأسس ، ومن أجل انجاح النظام التعاقدية ، يجب توفر عدة عناصر مهمة متمثلة في :

**أ- النوعية :** وهو الوصول إلى المقاييس العالمية في نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى<sup>30</sup> . و تعرف النوعية في الخدمات الصحية على أنها ليست ضمانا لمطابقة الخدمة المقدمة للرغبة المطلوبة و إنما هي ضمان وضع كل الإمكانيات المتوفرة و الوسائل المتاحة لإشباع تلك الرغبات ، وأن كل النقائص المترتبة على الخدمة يتم تحليلها ومعالجتها ، و بالتالي فإن ضمان النوعية في القطاع العمومي ضرورة لأجل :

- الإستجابة لمتطلبات النوعية ، التي ينشدها طالبو الخدمات في الداخل و الخارج ، علما أن المريض أصبح يقيم نوعية الخدمات في القطاع العام ويقارنها بنوعية الخدمات في القطاع الخاص.

- فرض الجودة في المحيط العام التنافسي اعتمادا على ضمان النوعية كمحور أساسي لقواعد التواجد .

- إثبات أن القطاع العام رغم كونه ذو صفة عمومية إلا أنه يتحكم في ضمان النوعية على غرار القطاع الخاص .

<sup>29</sup>- وليام روث : تطور نظرية الإدارة : ترجمة عبد الحكيم أحمد الخزامي ، ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة ، 2001 ، ص 46.

<sup>30</sup> -BERTRAND DE QUATREBARDES : usagers ou clients ? édition d'organisation, paris,1998, pp 342-343

- الإستفادة من خطوات ضمان النوعية في تحسين عمل و تنظيم المصالح الصحية المكلفة بتقديم الخدمات الصحية .

**ب- التقييم :** لكي تقف المؤسسة الإستشفائية على نقاط ضعفها وقوتها يجب الاعتماد على نظام معلومات صارم أساسه الشفافية والحوار. شفافية المعلومات ووضوحها يمكن الإدارة من الدخول في حوار ونقاش مع رؤساء المصالح أو ممثلها بطريقة تساهم في تشخيص الوضعيات الآتية مما يسمح بالوقوف على الصعوبات والعراقيل التي تواجهها من جهة وعلى إيجابيات ومراكز القوة من جهة أخرى وهو ما يعد أساسيا وأوليا في الإعداد الجيد للمسار الاستراتيجي للمؤسسة سواء كان على المستوى الكلي (المؤسسة) أو الجزئي (المصالح) والذي من خلاله تترجم مهام المؤسسة إلى مهام عملية يسهل تحقيقها.

**ج- المصدقية:** وهو ما يجب أن تتحلى به المؤسسة الصحية عند مفهوم جميع المواطنين و هذا لن يأتي إلا بمجهود عمال و مسيري هذه المؤسسة.

**د- التكوين المتواصل :** و يبقى هذا هو العنصر الأساسي لضمان النوعية في تقديم العلاج و الخدمات الصحية و يشمل التكوين المتواصل كل فئات العمال بالمؤسسة.

**هـ- المسؤولية:** فالمسؤولية هي صمام الأمان الوحيد لترشيد المصاريف الصحية المقررة وفق النهج التعاقدية و التي تسمح بتوضيح مهام كل طرف في المسؤولية .

**و- اندماج المؤسسة الصحية داخل المحيط:** إن اندماج المؤسسة الصحية في المحيط و المجتمع الذي تعيش فيه عبر القنوات الإجتماعية و التعاون المستمر بين القطاع العام و الخاص يعطي أفق جديد للمؤسسة لتطوير نظرتها العلاجية و ينبغي وضع اتفاقية تعاون من أجل كسب المصدقية و اكتساب المهارات التقنية<sup>31</sup>. وذلك من خلال تطوير الكفاءة في تقديم الخدمات الصحية ، و النهوض بمستوى المنافسة التي فرضها المحيط الخارجي ، و تتمحور روح المنافسة لدى القطاع العام بالالتزام بالعناصر الأساسية التالية<sup>32</sup> :

- الموازنة بين المصلحة العامة و المصلحة الخاصة بالمستفيدين من الخدمات الصحية.

- استفادة القطاع العام في المنافسة من مساعدات الدولة : التي تبقى دائما الحكم والقاضي الأول في المنافسة .

- قوة القطاع العام في مجال المنافسة ، تفرض بقوة التواجد في السوق و السيطرة التامة على مجال الخدمات الصحية .

<sup>31</sup>- عبد الرحمن عبد الرحيم الخطيب : ممارسة الخدمة الإجتماعية الطبية و النفسية ، مكتبة الأنجلومصرية، مصر، 2006، ص 29.

<sup>32</sup> -BERTRAND DE QUATREBARDES : op cit، p 35.

- الإستفادة من عروض الخدمات في القطاعات العامة الأخرى ، التي تفضل دوما التعامل فيما بينها ، فمثلا: القطاع العام في الخدمات الصحية يستفيد من خدمات وزارات و قطاعات عامة أخرى كوزارة التضامن و الأسرة .

## ب: أهداف التعاقد:

يعتبر التعاقد نمط جديد في تسيير المؤسسة الإستشفائية يحقق لها جملة من الأهداف التي من شأنها رفع فعالية هذا القطاع المتمثلة في:

### **1- التحكم في النفقات :** نتكلم هنا عن الفعالية و النجاعة:

الفعالية: l'efficacité يقصد بها تحقيق كل الأهداف ، أما النجاعة l'efficience تعني تحقيق الأهداف بأقل تكلفة ممكنة ، لذا يتعين على المؤسسة الإستشفائية بلوغ أهدافها المسطرة كاملة بأقل وسائل ممكنة وتعزيز هذه الفكرة يأتي من جهة بتأسيس نمط التمويل عن طريق التعاقد، ومن جهة أخرى بالتوجه نحو المبادرة الحرة وحرية المنافسة، هذا التحول من شأنه أن يخلق ثلاث نتائج هامة :

- الدقة في التمويل: بحيث يتم على أساس بيانات دقيقة توضح كل الخدمات المقدمة وكذا تكاليفها.

- إمكانية وضع نسب أو معدلات للنفقات من أجل المقارنة، هذه المعدلات يمكنها أن تكون عالمية ، وطنية أو حتى محلية، مثال ذلك : كم تكلف عملية التكفل بمرض "س" في بريطانيا، في الجزائر بين مستشفى "ا" ومستشفى "ب" ومن ثم يمكن معرفة الهيئات الإستشفائية الأكثر مردودية وبالتالي تحفيزها.

- حرية المبادرة والمنافسة: من شأنها دفع الهيئات العمومية إلى التفكير في كيفية تحسين نوعية خدماتها واستقطاب المريض إليها.

على هذا الأساس، فإن النهج التعاقدية من خلاله يتحكم القطاع العمومي في نفقاته عن طريق:

- **تشخيص التكاليف:** لا يكفي فقط معرفة التكلفة الإجمالية والتي تعني كامل المؤسسة ، بل يجب أيضا معرفة تكلفة أدنى وظيفة في المستشفى، وهنا نتكلم عن اللامركزية داخل المؤسسة ذاتها وذلك بأن يفوض المسير الأول سلطة مسك وإعداد الميزانية لكل مركز مسؤولية داخل المؤسسة، وذلك من أجل تقديرات أدق للتوقعات وتحفيز الموظفين.

- **عقلانية الإنفاق:** وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة<sup>33</sup> وكذا المزايا الجديدة التي يمنحها القانون كالتوجه نحو إبرام اتفاقيات مع متعاونين خارج المؤسسة الصحية قصد القيام بأعمال معينة من شأنها التخفيض من الأعباء المالية، التسييرية، البشرية، البنيات التابعة لها، عتاد العمل..... الخ.

<sup>33</sup> - J.Gottsmann : contrat d'objectifs et de moyens, revue gestion hospitalière , fédération hospitalière de France , n 408, Aout 2001,p 577.

بالإضافة إلى ذلك فهي تدخر الجهود البشرية قصد التكفل الأمثل بالوظيفة الأساسية للمؤسسة التي هي تقديم العلاج. فالمؤسسة الإستشفائية هي الجهاز الذي يتم فيه التأليف بين عوامل الإنتاج قصد تحقيق أكبر ما يمكن من الأهداف بأقل التكاليف.

والمؤسسة الإستشفائية بنحدها خارج هذه العملية ، فالمسيرمقيد بأبواب الميزانية وهو الأمر الذي يجعل منه منفقا وليس مسيرا، فالمؤسسة الصحية مطالبة بالانتقال من منطق البحث عن الموارد إلى منطق البحث عن النتائج والنظام التعاقدى بين النظام الصحي ومموليه هو وسيلة لتحقيق ذلك.

**- استعمال المؤشرات الصحية:** مثل نسبة الإستشفاء، إذ لا يمكن تجاهل دور الإقامة الإستشفائية في زيادة نفقات العلاج وفي هذه الحالة لا بد من عقلنة الإستشفاء و ذلك باستعمال وبشكل منظم للأسرة داخل المصالح الطبية، فالتحكم في نسبة دوراتها يسمح بتخفيض التكلفة السنوية للسريير بالنسبة لميزانية التسيير ورفع فعالية المستشفى<sup>34</sup>.

**- التسيير العقلاني للموارد البشرية:** وذلك عن طريق إعداد تقسيم دقيق لمهام كل وظيفة *fiche de poste* بحيث يسمح هذا التقسيم بتقييم أداء كل مستخدم وهو أيضا وسيلة للتحفيز لتقديم الأفضل من النشاطات<sup>35</sup>، لذا يستوجب تنمية معارف المستخدمين حتى يكونوا قادرين على أداء المهام المنوطة بهم وذلك بتأهيلهم عن طريق التكوين المتواصل لمسايرة معارفهم مع المعارف الحديثة ومع متطلبات التغيير.

بالإضافة إلى ذلك يمكن إنقاص تعداد حجم المستخدمين والذي قد يكون مصدرا لأعباء زائدة دون أهمية.

## 2- تحسين نوعية العلاج:

إن التوجه الجديد يميل نحو فتح جميع المجالات تقريبا أمام المبادرات الخاصة، هذا الأمر من شأنه أن يخلق منافسة حادة بين القطاع العام والقطاع الخاص لاسيما في ظل نمو الوعي لدى المواطن الذي نمت فيه الرغبة في تحصيل كل حقوقه وعدم تجاوز كل العوائق التي تحول دون ذلك لاسيما إذا تعلق الأمر بصحته ، فالمجالات المفتوحة أمامه من قطاع عام، قطاع خاص و شبه عمومي تجعل منه زبونا له حق الإختيار في التوجه لمن يقدم له أحسن خدمة صحية بما في ذلك المعوز والذي هو مكفول من طرف الدولة والذي لا يستطيع أن يتغاضى عن الوضعية المتدنية للخدمة الصحية التي تقدم له في المستشفى .

وتفاديا لما يقدمه القطاع الخاص من منافسة وذلك لتمتعه بالمرونة في التسيير ، يتعين على القطاع العام تحقيق الجودة والنوعية للخدمات المقدمة .

<sup>34</sup> -Jean Pierre Claverranne et Christophe Pascal : T2A et gestion hospitalière : la physiologie du changement, revue gestion hospitalière ; fédération hospitalière de France , n 449 ,octobre 2005, p 609.

<sup>35</sup> - فائق أحمد أبو بكر : نظم الإدارة المفتوحة ، ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة، 2001، ص 30.



وعلى هذا الأساس يتوجب على القطاع العام أن يولي أهمية لجملة من المسائل التي محلها يمكن أن تستعيد المؤسسة الإستشفائية ثقة مموليها والمتمثلة في:

- الإهتمام بسلوكيات المجاملة وحسن الإستقبال والتوجيه.
- بذل جهود في الإتصال مع المرضى وشرح وضعيتهم من أجل إسهامهم في المهمة النبيلة التي يقوم بها المستشفى.
- التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكاليف ممكنة قصد الحفاظ على النجاعة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس على الجانب الكمي .
- إعادة ربط العلاقات مع المحيط والمجتمع من أجل اقناع وكسب ثقة "الزبون" حول الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام .

### 3- تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسات العمومية للصحة مع مموليها:

لقد تميز نظام الدفع الجزائي بغموض هذه العلاقات وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومولبيها، حيث أن إشكالية تسيير اشتراكات المؤمنین اجتماعيا من قبل صناديق التأمينات الإجتماعية بقيت مطروحة فالإعتمادات الناتجة عن الإقتطاعات الإجبارية لم تخصص في مجملها للخدمة الصحية فقط بل أيضا لتغطية نفقات التسيير لهذه الصناديق (الأجور، مصاريف المنازعات، تمويل استثماراتها،....).

كما أن استعمال المؤسسات العمومية للصحة للمبالغ الواردة إليها من طرف الضمان الإجتماعي ليست واضحة في حسن استعمالها، حيث يستفيد منها المؤمن اجتماعيا وغير المؤمن، وكذا الحال بالنسبة لمساهمة الدولة والتي يستفيد منها المحرومين والميسورين.

إن كل هذه العلاقات الغامضة جعلت معرفة من استفاد من استعمال الموارد المالية لميزانية المؤسسة الصحية أمرا مستحيلا.

ومع النهج التعاقدية سيزول الغموض على شبكة العلاقات الناشئة في النظام التمويلي للصحة وإضفاء طابع التنظيم والدقة عليها. فعلى المؤسسة الإستشفائية توفير كل المعلومات اللازمة عن مرتفقيها وتقديمها إلى الجهة المكلفة بتمويلها (صناديق الضمان الإجتماعي، مديريات النشاط الإجتماعي، الأفراد) والتي تقوم بدورها بدفع مقابل الخدمات التي استفادت منها الفئة التابعة لنظام تغطيتها والتي تكون مبنية على أسس دقيقة متفق عليها مسبقا من طرف كل الفاعلين.

### 4- التحكم في النظام الصحي:

الأزمة التي يعيشها النظام الصحي والرغبة في إعادة هيكلته تقود بالضرورة إلى الأخذ بعين الاعتبار الهياكل الصحية الموجودة سواء كانت عامة أو خاصة، وموقعيتها وتحديد مكانتها في ظل هذا النظام و تحديد مهامها في ظل هذه الظروف، فالتعاقد يسمح للدولة تكييف وتحديث النظام الصحي. فإدماج القطاع الخاص<sup>36</sup> في المنظومة الصحية سيقضى على كل الحواجز التي أقيمت منذ مدة بين القطاع العام والقطاع الخاص في ميدان الصحة، فالتعاقد سيخلق التكامل بين هذين القطاعين وبالتالي يمكن للدولة السيطرة على مجموع النظام الصحي والعمل على انسجامه، وكنتيجة لذلك فالدولة تتجنب الإستثمار في المناطق المغطاة صحيا بهياكل استشفائية تابعة للقطاع الخاص وتتوجه حينئذ إلى المناطق التي تقل أو تنعدم فيها الهياكل الصحية تماما.

## 5- احترام مبدأ تدرج العلاج :

يعاني النظام الصحي من وضعيات اللاتوازن في عرض العلاج من مناطق معينة بصفة مدهلة بالوسائل والأجهزة الطبية وكذا الهياكل الصحية ومهني الصحة المختصين بالمقارنة مع مناطق أخرى التي قد تقل أو تنعدم فيها هذه الأشياء، إضافة إلى التباين الديمغرافي، الصحي، الثقافي، الإجتماعي والإقتصادي التي تؤثر في الطلب على العلاج وبالتالي على مبدأ تدرجه<sup>37</sup>.

ولهذا فإن التعاقد يعد وسيلة لرسم الآفاق التنموية للمنظومة الصحية لاسيما من حيث برمجة الأعمال والنتائج ورصد الإمكانيات الخاصة لإنجاز الأعمال المبرمجة التي تشكل في حد ذاتها مخططا منسجما، موحدا ومتكاملا يأخذ بعين الإعتبار المعطيات الوبائية للمنطقة والخريطة المرضية وغيرها من المؤشرات.

وبهذا يحترم مبدأ تدرج العلاج الذي يعد من أهم المبادئ التي تقوم عليها المنظومة الوطنية للصحة.

إن الوصول إلى تحقيق هذه الأهداف يمكننا من الوصول إلى مبدأ أساسي تقوم عليها المنظومة الصحية ألا وهو ضمان المساواة في الإستفادة من العلاج.

## خاتمة:

تسيير المؤسسة الإستشفائية في ظل النظام التعاقدية يقتضي إدخال آليات جديدة تملئها قواعد وأفكار المناجنت العمومي لمفهوم التسيير، مع التركيز على العنصر البشري لأن بالفرد يمكن البناء ومن خلاله فقط يمكن الإستثمار لذا

<sup>36</sup> - غسان قلعاوي : القطاع العام إلى أين ؟ خواطر حول تخصيص القطاع العام ، دار النشر ، 2001، ص 11.  
<sup>37</sup> - TENKHI .Y : la contractualisation instrument de réform de l'établissement hospitalier, P.G.S en management des organisations de santé, ENSP ? Alger, septembre 2005, p 39.

يجب إعطائه مكانته في تجسيد الأهداف المرجوة كونه مصدر بعث وتقدم أي مرفق عام، وبتوافر هذه المعطيات يمكن القول أن النظام التعاقدى هو أداة الإصلاحات الإستشفائية من خلال إيجاد طرق صحيحة وواضحة لتمويل الخدمات الصحية و ادخال تحسينات ضرورية و ملحة على العلاقات داخل المؤسسة الإستشفائية من جهة و علاقتها بالفرد من جهة أخرى، وكذلك ارساء قواعد النوعية في تقديم الخدمات الصحية .