

تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الإطار القانوني وإشكالية التطبيق Financing Hospitals In Algeria Between The Legal Framework Availability And The Application Problematic

تاريخ القبول: 2019/01/22

تاريخ الإرسال: 2018/12/15

التي دعت للتفكير في مصادر تمويل جديدة
تكون مستقلة.

الكلمات المفتاحية: تمويل المستشفيات؛
نظام التعاقد في الجزائر؛ مجانية العلاج؛
تكاليف الخدمات الصحية.

Abstract:

The financing of health services posed a problematic dealt with by several theoretical theses which have outlined the main lines of health policy in the world in several ways ranging from total financing of health services by state, total abundance and / or sharing costs.

After independence, Algeria followed a social policy based on free healthcare.

By lowering oil prices, the state founded itself in the face of real financing problems that were reasons to think about new sources of self-financing autonomous .

Keywords: Hospital financing; contract system in Algeria; free treatment; the health services Costs.

د / عبد الكريم هشام

جامعة باتنة 1- الحاج لخضر

Hichem.abdelkrim@univ- batna.dz

تتاح أحمد (باحث دكتوراه) (*)

جامعة باتنة 1- الحاج لخضر

ahmed81bs@gmail.com

ملخص:

طرح تمويل الخدمات الصحية إشكالية عالجتها العديد من الأطروحات النظرية التي رسمت الخطوط العريضة لصنع السياسات الصحية في العالم بطرق مختلفة تراوحت بين التمويل الكامل التام لمصاريف الصحة، وبين تخليها التام عنها وأخيرا تقاسم التكاليف بينها وبين المواطن .

وقد انتهجت الجزائر بعد الاستقلال سياسة اجتماعية تركزت على التكفل بالخدمات الصحية حيث ساعد الريع النفطي على ذلك وبانخفاض أسعار المحروقات وجدت الدولة نفسها أمام مشاكل حقيقية في التمويل وهي الأسباب

(*) - المؤلف المراسل: تتاح أحمد،

ahmed81bs@gmail.com

مقدمة:

تشكل الصحة موضوعا ذا أهمية ، خاصة لدى الشعوب والدول فهي تتصل بأبسط تفاصيل الحياة كالبقاء والنمو والتطور إن هذه الأهمية نلمسها من خلال الاعتماد على الصحة كشرط أساسي لمختلف عمليات وصف المستوى المعيشي للفرد والمجتمع وكمؤشر على نجاعة مختلف سياسات الدولة.

إن أهم نقطتين يجب الانطلاق منهما لدراسة فعالية أي تمويل كما ذكرته المنظمة العالمية للصحة يجب أن يركز على نقطتين مهمتين:

- ضمان حصول الناس الذين يعانون من عوائق مالية على خدمات صحية بغض النظر عن مستوى مدخولهم.

- ضمان عدم المعاناة من مصاعب بعد الدفع للحصول على هذه الخدمات. كما أن مناقشة موضوع التمويل لا بد وأن تكون مرتبطة بعدة عوامل تتعدى المنظومة الصحية في حد ذاتها لتشمل قطاعات أخرى لأنها متعلقة ببنية الاقتصاد ككل وطريقة حصول الدولة على مواردها وتنظيم ذلك كما سنفصل فيه لاحقا كما أن نقاش هذا الموضوع يجب أن تتم ضمن سياق يجب فيه الأخذ بعين الاعتبار بعدة نقاط منها الارتفاع المطرد لمختلف التكاليف والذي لن تخرج المنظومة الصحية عن القاعدة فيه حيث تعاني من ارتفاع مستمر لتكاليف تقديم الخدمات الصحية لتطور العلوم الطبية، تزايد عدد السكان وتزايد حاجاتهم الصحية وتنوعها وكذلك التطور التكنولوجي الذي سمح بدخول تجهيزات واختراعات جديدة.

كما لا بد من إدخال السياق الاقتصادي ككل بحيث ترتبط العملية التمويلية كما قلنا بمنظومات تتعدى المنظومة الصحية ككل وتتطلب تدخل عدة فاعلين فعلى سبيل المثال يجب عند دراسة تمويل السياسة الصحية الأخذ بعين الاعتبار بنية الاقتصاد ككل ومصادر ونوعية موارد الدولة، كما يجب دراسة منظومة التشغيل والضمان الاجتماعي والضرائب.

إن أهمية تمويل المستشفيات لا بد وأن تكون عملية متوازنة ودائمة، فيتوجب على صانع السياسة الصحية إيجاد مصادر تمويل مستقلة عن ريع المحروقات، ويجب أن تكون هذه المصادر دائمة وتتمكن من تخفيف العبء عن الدولة في تحمل التمويل



المباشر هذا من ناحية ، كما أن هذه العملية يجب أن تأخذ في عين الاعتبار مدى تحمل الأفراد للنفقات الصحية المختلفة من خلال مستوى الدخل.

لذلك نطرح الإشكالية التالية: كيف يمكن إيجاد وتفعيل مصادر تمويل للمؤسسات العمومية الصحية في الجزائر بحيث تكون هذه المصادر مستقلة عن الربح النفطي، دائمة وعادلة؟

وتحت هذه الإشكالية تدرج الأسئلة التالية:

1- ماهو النمط الحالي للتمويل وكيف نقيمه؟

2- هل يعني نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية ومؤسسات الضمان الاجتماعي التخلي عن مجانية العلاج؟

3- ماهي الأسباب التي تقف وراء عدم تطبيق نظام التعاقد في تمويل المؤسسات العمومية للصحة رغم وجود إطار قانوني متكامل ؟
لمناقشة هذه التساؤلات نقترح الفرضيات التالية:

- نمط التمويل الحالي يعتمد على الدولة بصفة كبيرة على الدولة بالرغم من أن هناك مساهمة جزافية من مؤسسات الضمان الاجتماعي.

- لايعني نظام التعاقد التخلي عن مجانية العلاج بحكم تكفل مؤسسة الضمان الاجتماعي بالمريض التابع لها مع بقاء تكفل الدولة بالمعوزين.

- إصلاح تمويل المؤسسات العمومية للصحة يتطلب إصلاحات تعدى مجال الصحة لتدخل في قطاع التشغيل وقطاع الضمان الاجتماعي.

من أجل معالجة الموضوع نعتمد على المحاور التالية:

المحور الأول: الإطار المفاهيمي لتمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

أولاً: تمويل السياسة الصحية: المفهوم، التطور والمصادر.

ثانياً: هيكلية المؤسسات الصحية في الجزائر.

المحور الثاني: إصلاح تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

أولاً: تطور تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

ثانياً: نظام التعاقد كبديل لتمويل المؤسسات الصحية.

ثالثاً: واقع تطبيق نظام التعاقد.

المحور الأول: الإطار المفاهيمي لتمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

أولاً: تمويل السياسة الصحية: المفهوم، التطور والمصادر

لا بد قبل التفصيل في موضوع تمويل الصحة أن نذكر أننا نقصد شبكة المؤسسات العمومية للصحة أي المستشفيات ولا نتكلم بصفة عامة عن النظام الصحي حيث أن النظام الصحي أعم وأشمل حتى وإن كانت المؤسسات الصحية من أهم مكوناته وكذلك نعني بعملية التمويل جزءاً من السياسة الصحية فهي أيضاً أعم وأشمل حيث تعني السياسة الصحية تحويل مدخلات النظام الصحي إلى مخرجات⁽¹⁾، وعلى هذا الأساس نقول إن الخدمات الصحية تكلف مالياً يجب أن يدفعه أحد⁽²⁾، وهي الجملة تبتديء بها المنظمة العالمية للصحة مقالاً حول تمويل النظم الصحية وهي تعرف التمويل بأنه "الكيفية التي يتم بها جلب الموارد المالية وتخصيصها واستخدامها في إطار النظم الصحية.

ومن الأمثلة على مسائل تمويل الصحة:

- 1- كيفية جمع الأموال الكافية خدمة للصحة ومعرفة مصادر تلك الأموال.
- 2- كيفية تذليل العقبات المالية التي تحرم الكثير من الفقراء من الاستفادة من الخدمات الصحية.
- 3- كيفية توفير الخدمات الصحية على نحو يتسم بالإنصاف والكفاءة.⁽³⁾

أ - تطور تمويل الصحة:

يمكن أن نتخيل ببساطة أن تمويل الخدمات الصحية قد بدأ في أوروبا بصورة مباشرة بين عارض الخدمة الصحية وبين طالبها⁽⁴⁾ حيث يدفع المريض مباشرة مقابل ما يحصل عليه من خدمات وهو ما يشكل عبئاً صعباً جداً على الطبقات المحرومة التي لا تستطيع توفير ذلك المقابل بعد ذلك تم فتح جمعيات خيرية تساهم في العملية إلا أن دورها كان ثانوياً نظراً لمحدودية مواردها وحجم الطبقة المحتاجة الكبيرة .

ومع أزمة الركود الاقتصادي سنة 1929 قويت الأفكار التي تنادي بحقوق العمال في ظروف أحسن ووجوب تمتعهم بالحقوق في راتب يكفل كرامتهم ويمكنهم من سداد مختلف نفقاتهم ومنها النفقات الموجهة للصحة كما قويت المطالبات بضرورة توفير التامين الصحي لهم ويكون ذلك بواسطة خصم قسط شهري ثابت من أجر العامل



مقابل استفادته من الخدمات الصحية والتعويض المناسب في حالة العجز والمرض والتقاعد .

مر نظام التأمين الصحي بعدة مراحل فقد كان قائماً في البداية على تحمل المعني تكاليف الخدمات الصحية التي يستفيد منها مقابل تعويضه فيما بعد من مؤسسات الضمان الاجتماعي بعد تحضير ملف طبي خاص بذلك ثم تطور تدخل مؤسسات الضمان الاجتماعي بحيث وفرت الخدمة الصحية في هياكل تابعة لها لتصل في الأخير إلى التعاقد مع مؤسسات صحية مختلفة لتغطية تكاليف الخدمات الصحية للمؤمنين التابعين لها⁽⁵⁾. مع إدخال بعض القواعد في عملية التغطية المالية بواسطة مشاركة العمال بنسبة معينة في التمويل رغم الاقتطاع (غالبا ما تكون 20 بالمائة) أو اعتماد سقف محدد سواء سقف مالي أو سقف خدمات لا تزيد عليه مؤسسة الضمان الاجتماعي.

ب- أنواع مصادر تمويل الصحة:

- التمويل من الحكومة بصفة مباشرة: كان دور الحكومات في أوروبا منحصرا في القيام بمختلف السياسات التي تهتم بالنظافة والوقاية وتوفير الماء الصالح للشرب وإنجاز شبكات الصرف الصحي، وبعد الحرب العالمية الأولى وانتشار الأفكار الاشتراكية المطالبة بضرورة تدخل الدولة في مجالات عديدة ومنها الصحة أصبح تدخل الدولة مباشرا في تمويلها ويكون ذلك بواسطة فرض الضرائب بصفة عامة أو بفرض ضرائب لها علاقة بالصحة العامة كالضرائب على مواد التبغ والمشروبات الكحولية .

- تمويل المؤسسات المستخدمة وأرباب العمل: اضطرت المؤسسات المستخدمة وأرباب العمل إلى تلبية مطالب العمال المتزايدة والمشاركة في تمويل استفادتهم من الخدمات الصحية وبذلك في صورة علاوات مباشرة أو غير مباشرة أو في صورة إنشاء هياكل صحية تابعة لها.

- التمويل المباشر من المستفيد من الخدمة الصحية: يكون بتحمل المعني بالخدمة الصحية لتكاليفها بصورة مباشرة مع تحمله كذلك للنفقات المرافقة من الإطعام والإيواء ومختلف الخدمات المساندة كذلك كالمخبر والأشعة والدواء .

- الضمان الاجتماعي: وهو يعتبر أهم مصدر للتمويل لأنه يقوم على مبدأ تجميع الموارد وتوزيع المخاطر وهو يقضي بأن يدفع العامل الأجير قسطا شهريا لتأمين مختلف احتياجاته الصحية في حالة المرض والعجز.

ثانيا: هيكلية المؤسسات الصحية في الجزائر

قبل الحديث عن تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر لابد من الحديث عن هيكلية هذه المؤسسات حيث تتكون الشبكة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة حيث نظمتها مجموعة من النصوص القانونية نذكرها كما يلي:

- المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية ونظمتها المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007.
- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة ونظمتها المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.
- المراكز الاستشفائية الجامعية ونظمتها المرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997.

• المؤسسات الاستشفائية ذات التسيير الخاص والتي تسمى رسميا بالمؤسسات الاستشفائية E.H ونظمتها عدة مراسيم تنفيذية نذكر منها المؤسسة الاستشفائية عين تموشنت التي نظمتها المرسوم التنفيذي 05-459 في 30 نوفمبر 2005. وهناك مؤسسات استشفائية أخرى مثل المؤسسة الاستشفائية بعين آزال والمؤسسة الاستشفائية لطب العيون بالجلفة وورقلةإلخ.

• المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوههران: وهي مؤسسة ذات تسيير خاص تتكفل بنفس مهام المراكز الاستشفائية الجامعية .

• إلا أنه مؤخرا صدر القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018 المتعلق بالصحة والذي غير شبكة المؤسسات الصحية في البلاد بحيث حدد المؤسسات الصحية كما يلي:

- 1- المستشفيات الجامعية / 2- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة / 3- المقاطعات الصحية / 4- مؤسسات الاعانة المستعجلة. غير أنه أي القانون أحال للتنظيم (المراسيم التنفيذية) من أجل التفصيل في تنظيم المؤسسات الصحية وهي النصوص التي لم تصدر



لحد الآن (نوفمبر 2018) وعليه سوف نعتد في بحثنا على هيكلية المؤسسات الصحية الموجودة في أرض الواقع.

1- تنظيم ومهام المؤسسات العمومية لاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تخضع لمختلف قوانين الوظيف العمومي بالنسبة لتسيير المستخدمين كما تخضع لمختلف إجراءات المحاسبة العمومية والرقابة المالية المسبقة للنفقات كما تحده النصوص القانوني المنشئة والمنظمة لها والمذكورة سابقا. تتكفل المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بمختلف برامج الوقاية والعلاجات القاعدية من المستوى الأول مثل الفحص الطبي العام، الحقن والتضميد وتتكفل المؤسسات العمومية الاستشفائية بالعلاجات من المستوى الثاني: الحالات الاستعجالية، الفحص العام والفحص المتخصص، الاستشفاء كما تعتبر كل منهما مؤسسة للتكوين الطبي وشه الطبي والإداري يسيير كل منهما مجلس إدارة بإشراف هيكل إداري.

2- المؤسسات الاستشفائية المتخصصة:

هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري⁽⁶⁾ حسب المرسوم المذكور سابقا وهي تتكفل إما بمرض معين أو بمرض أصاب جهازا معينا أو بمجموعة ذات عمر معين.⁽⁷⁾

3- المراكز الاستشفائية الجامعية:

وهي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري⁽⁸⁾ تتكفل بعدة أنواع من المهام⁽⁹⁾:
- المهام المتعلقة بالصحة: التشخيص والعلاج والوقاية وتطبيق برامج الصحة الوطنية وحماية المحيط في ميادين النظافة والوقاية والصحة... الخ
- المهام المتعلقة بالتكوين: التعاون مع مؤسسات التعليم العالي من أجل ضمان التكوين المتدرج وما بعد التدرج في علوم الطب والبرامج المتعلقة والمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة.
- المهام المتعلقة بالبحث: القيام بأعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة وتنظيم المؤتمرات العلمية والأيام الدراسية.

4- المؤسسات الاستشفائية:

هي مؤسسات ذات تسيير خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي لكن الموظفين المنتمين لها لا يخضعون لمختلف القوانين التي تحكم الوظيفة العمومية في الجزائر بل يخضعون للقانون 90-11 المتعلق بعلاقات العمل ويخضعون للاتفاقية الجماعية للعمل التي تبرم بين مختلف النقابات الممثلة للعمال والإدارة العليا للمؤسسة وتحدد مختلف الواجبات والحقوق لمختلف أسلاك العمال وتخضع لرقابة محافظ الحسابات وهو ما يعني نوعا من الاستقلالية والحرية في الحركة في مجال تسيير النفقات العامة للمؤسسة.

5- المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران:

أنشئت بواسطة المرسوم التنفيذي 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003⁽¹⁰⁾ وسوف تفصل تنظيمها وسيرها كما يلي:

- **الطبيعة القانونية:** مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص.

- **المهام:**

- **المهام المتعلقة بالصحة:** التشخيص والعلاج والوقاية وتطبيق برامج الصحة الوطنية وحماية المحيط في ميادين النظافة والوقاية والصحة...إلخ

- **المهام المتعلقة بالتكوين:** التعاون مع مؤسسات التعليم العالي من أجل ضمان التكوين المتدرج وما بعد التدرج في علوم الطب والبرامج المتعلقة والمساهمة في تكوين مستخدمي الصحة.

- **المهام المتعلقة بالبحث:** القيام بأعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة وتنظيم المؤتمرات العلمية والأيام الدراسية

لابد وأن نذكر بان شكل الشبكة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة ستصبح كما يلي:

- قاعات العلاج

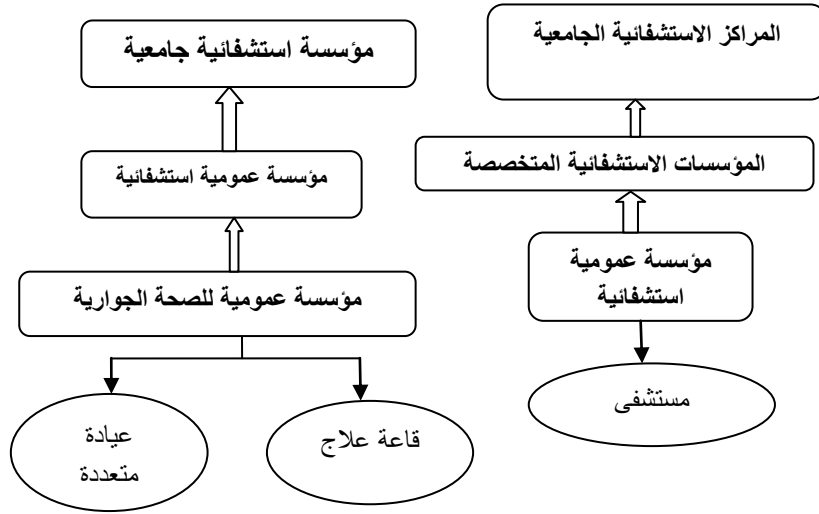
- العيادات المتعددة الخدمات

- المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

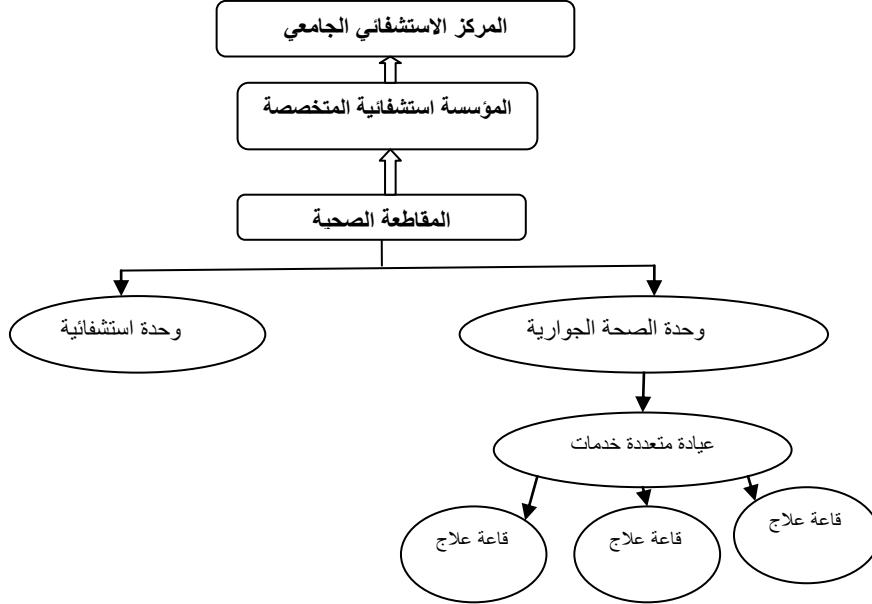
- المؤسسات العمومية الاستشفائية



- المؤسسات الاستشفائية
- المؤسسة الاستشفائية الجامعية بوهران
- المراكز الاستشفائية الجامعية
- المؤسسات العمومية الاستشفائية المتخصصة .



الشكل (01): الشبكة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة المصدر: من انجاز الباحثين بناء على النصوص القانونية



الشكل رقم (2): يوضح شبكة المؤسسات العمومية للصحة حسب بعد التغييرات التي جاءت في للقانون 19-11 المتعلق بالصحة. المصدر: من انجاز الباحثين بناء على النصوص القانونية

المحور الثاني: إصلاح تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

عند الحديث عن تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر لا بد من التركيز على عدة نقاط:

- الوضعية الصحية الصعبة بعد الاستقلال وتبني الدولة للخيار الاشتراكي يركز على تقديم خدمات صحية مجانية للشعب.⁽¹¹⁾
- اعتماد الاقتصاد الجزائري بصفة كلية على مداخيل المحروقات .
- يجب اعتبار تغيير نمط التمويل كسياسة من سياسات التغيير والتطوير التنظيمي بصفته مجموعة قرارات تهدف إلى حل مشاكل المؤسسة وتحسين قدراتها⁽¹²⁾
- تعيش الجزائر تحولات صحية عميقة⁽¹³⁾ ومتسارعة سوف تفصل فيها كما يلي:
- التحول في الأمراض: بتراجع كبير للأمراض المتقلة لتفسح المجال لصالح الأمراض غير المتقلة والمكلفة (أمراض القلب والشرابيين، مرض السكر....)

- التحول الديموغرافي: بارتفاع معدل الأمل في الحياة وزيادة عدد السكان بشكل كبير.

- التحول الاقتصادي والاجتماعي: وذلك بارتفاع نسبة السكان الحضر حيث انتقل من 33% عند الاستقلال إلى 75. سنة 2014 وكذلك تغير العادات الغذائية حيث يعاني 60% من السكان ما بين 35 و70 سنة من زيادة في الوزن عن الحد الطبيعي وارتفاع استهلاك التبغ والكحول⁽¹⁴⁾، كل هذه المعطيات كان لها أثر مباشر على المشاكل الصحية الجديدة التي ظهرت مؤخرا وبتكلفة عالية.

أولا: تطور تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

ورثت الجزائر غداة الاستقلال وضعية صحية صعبة جدا وكان لزاما على الدولة تقديم الخدمات الصحية في حدود الإمكانيات المتاحة ومن الأنظمة التي ورثتها الجزائر نظام التمويل عن العهد الاستعماري والذي يقوم على⁽¹⁵⁾:

- صناديق الضمان الاجتماعي تضمن تمويل الخدمات الصحية لصالح المنتسبين

- البلديات تتكفل بالمعوزين ومحدودي الدخل.

- المرتفقين الذين هم ليسوا في وضعية مؤمنين وليسوا في وضعية معوزين يتحملون

مصاريف الخدمات الصحية المقدمة لهم.

استمر هذا النظام في السريان إلى غاية صدور الأمر 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 يتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية الذي نصت المادة الأولى على ما يلي: "إن أعمال الصحة العمومية وأشغال التشخيص ومعالجة المرضى وقبولهم في المستشفيات تكون مجانية في جميع القطاعات الصحية"⁽¹⁶⁾.

كما تنص المادة الثانية منه على: "تمول الدولة والهيئات التابعة لها ميزانيات للقطاعات الصحية"⁽¹⁷⁾، كما تنص المادة 20 من القانون 85-05 المتضمن قانون الصحة السابق على: "يعد القطاع العمومي الإطار الأساسي الذي يوفر مجانية العلاج...."⁽¹⁸⁾ وتنص المادة 21 منه على: "تسخر الدولة جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها من خلال توفير مجانية العلاج"⁽¹⁹⁾.

و تنص المادة 329 من القانون 18-11 المتضمن قانون الصحة الجديد على: "تضمن الدولة تمويل القطاع العام للصحة طبقا للتشريع والنظيم المعمول بهما بعنوان الوقاية والتكوين والبحث الطبي والتكفل الصحي بالمعوزين والاشخاص في وضع صعب".⁽²⁰⁾ لقد حولت الدولة نظام التمويل الذي ورثته عن العهد الاستعماري والذي استمر من الاستقلال إلى سنة 1973⁽²¹⁾ إلى نظام مجانية العلاج والذي يستفيد فيه الجميع من الخدمات الصحية (الوقاية والعلاج) بدون دفع مقابل مالي أو بدفع مقابل بسيط ورمزي مقابل مختلف الخدمات الصحية.

بفضل مجانية العلاج تمكنت الدولة من توفير الخدمات الصحية وخاصة خدمات الوقاية والتلقيح لمعظم العائلات الفقيرة والتي تعيش في الأرياف وهو ما أحدث فرقا خاصة في المساهمة في تحسين المستوى الصحي للسكان وتناقص الأوبئة والقضاء نهائيا على بعض الأمراض المتنتلة.

يقوم تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر على:

أ - **الدولة**: ويكون ذلك بواسطة تخصيص اعتماد سنوي لصالح الوزارة المكلفة بالصحة حسب الإجراءات القانونية المعتمدة في قانون المالية بما يشمل الادارة المركزية للوزارة وكذلك مختلف المؤسسات الموضوعة تحت وصايتها ونشاطاتها وكذلك المستخدمين.

ب - **الضمان الاجتماعي**: بواسطة اعتماد جزائي يسمى "جزا في المستشفيات" يدفع للمؤسسات الصحية عن طريق الوصاية (الوزارة) بناء على اجتماعات سنوية بين ممثلي كل من وزارة العمل والضمان الاجتماعي ووزارة الصحة .

الجدول رقم (01): يوضح تطور مصادر التمويل للمؤسسات العمومية للصحة

السنة	الدولة	ض اجتماعي	تمويضات CNAS	تمويضات أخرى	السنوات السابقة	المجموع
2010	..	38..
النسبة	83.24	16.03	0.13	0.34	0.26	
2011	..	38..	.	.	5..	..
النسبة	89.10	9.30	0.07	0.20	1.33	
2012	..	48..	.	.	26..	..
النسبة	82.60	11.03	0.07	0.18	6.12	
2013	..	49..	--	.	14..	..
النسبة	82.51	13.28	--	0.29	3.92	
2014	..	57..	--
النسبة	82.14	15.43	--	0.3	2.13	
2015	..	65..	--	.	14..	..
النسبة	79.73	16.46	--	0.28	3.53	

المصدر: من إعداد الباحثين بناء على القرارات الوزارية المشتركة الخاصة بتوزيع

الاعتمادات المالية السنوية- مديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة والسكان

ثانيا: نظام التعاقد كبديل لتمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

الحديث عن نظام التعاقد كنظام بديل لتمويل المؤسسات الصحية طرح في سياق الأزمة الاقتصادية التي عانت منها الجزائر بسبب انهيار أسعار المحروقات ابتداء من سنة 1986 وبدء الصعوبات المالية التي واجهت الدولة في تمويل الخدمات الصحية وجعل موضوع التفكير في حل للموضوع ضرورة ملحة نظرا للجهد المالي الكبير على عاتق الدولة وارتفاع متواصل لعدد السكان وتنوع حاجاتهم الصحية.

يعتمد نظام التعاقد: "تكفل كل هيئة ضمان اجتماعي بالمؤمنين التابعين لها وذلك بتسديد قيمة الخدمات الصحية التي يستفيدون منها بناء على مبدأ التأمين الاجتماعي ويكون ذلك بناء على قسط شهري يدفعه المؤمن لهيئة الضمان الاجتماعي في مقابل الخدمات التي يستفيد منها"، وبناء على ما ذكرنا ستكون مصادر تمويل الصحة كما يلي:

- **الدولة:** وتتكفل بنفقات الوقاية والتكوين والبحث العلمي والمعوزين⁽²²⁾. ولا بد من بعض التفصيل في كيفية تكفل الدولة بالمعوزين وهو ما عالجه المرسوم التنفيذي 01-12 المؤرخ في 21 جانفي 2001⁽²³⁾ والذي يحدد كميّات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمنين اجتماعيا حيث يجب عليهم استخراج بطاقة خاصة من طرف مصالح النشاط الاجتماعي المختصة تثبت وضعيتهم كمعوزين ويتوجب على الدولة التكفل بعلاجهم ويكون ذلك بدفع بعض الوثائق المتعلقة بالدخل والوضعية تجاه الضرائب والضمان الاجتماعي من طرفهم.

- **الضمان الاجتماعي:** يتكفل بالمؤمنين التابعين له أو ذوي حقوقهم بناء على تقارير تعاقدية وقد حدد المرسوم التنفيذي 04-101 المؤرخ في 01 أفريل 2004 كميّات مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات العمومية للصحة⁽²⁴⁾، حيث حددت المادة 02 منه بأن هذه المساهمات تكون كل ثلاثة أشهر كما أوجبت المادة 03 على المؤسسات الصحية تقديم تقارير دورية لمؤسسات الضمان الاجتماعي حول المؤمنين التابعين لهم الذين استفادوا من خدمات صحية (الاسم واللقب، رقم التأمين، الخدمات مستفاد منها).

- **المرتفقون:** ويقصد بهم المستفيدون من الخدمات الصحية الذين لا يكونون في وضعية مؤمن ولا في وضعية معوز الذين يتحملون تكاليف حدها القرار الوزاري المشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002 والمتضمن تحديد الموارد الناتجة عن نشاطات المؤسسات العمومية للصحة .
حسب الجداول التالية:

الجدول رقم (02): يوضح مصاريف التي يدفعها المؤمنون وغير المؤمنين للاستفادة من الخدمات الاستشفائية

ملاحظة	مؤمن	غير مؤمن وغير معوز	طبيعة الخدمة
الوحدة الفحص	50	250	فحص طبي عام بما فيه طب الأسنان
الوحدة الفحص	100	450	فحص طبي متخصص بما فيه طب الأسنان
الوحدة اليوم الاستشفائي	100	حسب المصلحة	مصاريف الإيواء

المصدر: القرار الوزاري المشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002- الوحدة دج
وحدد جدول تابع المصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين
وغير المعوزين كما يلي:

الجدول رقم (03): المصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين وغير المعوزين للاستفادة من خدمات الإيواء

مصاريف الخاصة بالإيواء حسب المصلحة للأشخاص غير المؤمنين وغير المعوزين			التخصص
مؤسسة استشفائية متخصصة أو مركز استشفائي جامعي	مستشفى الولاية	مستشفى الدائرة	
4000	4 000	3 500	التخصصات الطبية
9 000	6 000	5 000	التخصصات الجراحية
13 000	11 000	7 000	التخصصات المكلفة
15 000	الفروع الصعبة عالية التخصص وغير المتوفرة		

المصدر: القرار الوزاري رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002- الوحدة دج
وقد حدد القرار الوزاري المشترك أيضا مجموعة من التكاليف الخاصة بالخدمات المساعدة مثل الأشعة والمخبر كما استثنى الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة مستعصية الشفاء كالسرطان والمعنيين بالبرامج الوطنية للصحة لكن يجب الذكر بأن هذه الأسعار المحددة لم يتم تطبيقها بصورة دائمة بسبب ارتفاع كلفتها الكبيرة مقارنة بما اعتاد عليه المواطن من مجانية العلاج.

باختصار فإن القرار الوزاري المذكور يحدد الإطار التفصيلي لنظام التعاقد وذلك بتحديد مصادره لتمويل المؤسسات الصحية وتحديد أسعار هذه الخدمات. وتجدر الإشارة هنا لدور مكتب القبول الذي هو مكتب تابع للمديرية الفرعية للمصالح الصحية في المؤسسة الصحية التابعة بدورها للمدير وتمثل مهمة المكتب في متابعة المريض ابتداء من دخوله للمصالح الاستشفائية إلى غاية خروجه ومتابعة حركته داخل المستشفى وتسجيل مختلف الخدمات التي استفاد منها من أجل إنجاز فاتورة شاملة تتضمن الخدمات الطبية وشبه الطبية، خدمات الأدوية، خدمات الاطعام والإيواء.

فهو يعتبر حلقة الوصل في تجسيد التعاقد فهو المكتب الذي يربط بين مؤسسات الصحة ومؤسسات الضمان الاجتماعي لذلك تم إصدار التعليم رقم 03 المؤرخة في 07 ديسمبر 2000 عن وزير الصحة والسكان التي تتعلق بتنظيم وسير مكتب الدخول حيث تضمنت ما يلي:

- البدء بإصدار نماذج الفواتير المختلفة للمرضى في المصالح الاستشفائية بناء على المعطيات الجديدة (والتي حددها القرار الوزاري المشترك رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002 المذكور سابقا) يكون إصدار الفواتير بعد تكييف الهيكل التنظيمي لمكتب لدخول حسب التعليم 03 (و هو ما سنشرحه) كما يتم أيضا من خلال توفير مختلف الظروف والموارد المادية والبشرية وطرق العمل اللازمة:

- برنامج PATIENT وهو برنامج معلوماتي متعلق بمتابعة المريض من دخوله إلى خروجه وتسجيل مختلف المراحل والخدمات التي استفاد منها عبر مخالف المصالح.
- بطاقة المريض FICHE NAVETTE وهي البطاقة التي تتابع سير المريض تعتبر المصدر الورقي المكتوب لبرنامج PATIENT والتي تم التركيز على ملئها بدقة (مدة الاستشفاء، الخدمات الطبية، خدمات التمريض، الخدمات المرافقة (أدوية، مخبر، أشعة).

- مختلف وثائق وسجلات المكتب .

- حضور ممثلي الضمان الاجتماعي ومنهم مكاتب على مستوى مكتب الدخول من أجل متابعة استفتاء المؤمنين التابعين لهم ومنهم شهادة التكفل.



ثانيا: واقع تطبيق نظام التعاقد

رغم وجود إطار قانوني متكامل لتطبيق نظام التعاقد وذلك ابتداء من الدستور والقوانين المختلفة والمراسيم التنفيذية والقرارات الوزارية إلا أن تطبيق نظام التعاقد كبديل لتمويل المؤسسات العمومية للصحة قد شهد تأخرا كبيرا وهو ما لحظناه من خلال المدة الزمنية الطويلة (ابتداء من سنة 1992 حيث ذكر التعاقد لأول مرة في قانون المالية لسنة 1993 أي منذ 26 سنة) لكن من الجدير بالذكر أن اكتمال هذا الاطار القانوني سوف يأخذ 12 سنة أخرى لتحضير بقية النصوص القانونية .

و بالتالي مالذي يعطل تطبيق نظام التعاقد ابتداء من سنة 2004؟ وهنا لابد من القول أنه وابتداء من سنة 2005 وخلال فترة الوزير عمار تو كوزير للصحة أصدرت تعليمات مباشرة لتطبيق نظام التعاقد كما يلي:

- تغطية التكاليف الصحية من طرف هيئات الضمان الاجتماعي بالنسبة للمؤمنين.
- تغطية التكاليف الصحية من طرف هيئات الحماية الاجتماعية بالنسبة للمعوزين حسب المرسوم التنفيذي 01-12 المؤرخ في 21 جانفي 2001 والذي يحدد كيفيات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن اجتماعيا.
- تحمل الخواص غير المؤمنين وغير المعوزين للتكاليف الصحية على عاتقهم الخاص.

إلا أن ذلك أدى لوقوع بعض المظاهرات المحدودة في بعض المدن مثل خنشلة وأم البواقي وعليه تم تأجيل التطبيق نظرا لارتفاع هذه التكاليف ونظرا لما فهم آنذاك من أنه تخلي الدولة عن مجانية العلاج.

إلا أن هذه الظروف لا تعتبر وحدها تفسيراً لتأجيل تطبيق هذه النصوص لأن إصلاح تمويل الصحة لابد وأن يكون ضمن دراسة عميقة لهيكلية جميع المؤسسات والقطاعات التي تدخل ضمن الموضوع وعليه فإن إصلاح تمويل الصحة يدخل ضمن إصلاح بيئة الضمان الاجتماعي وقطاع التشغيل وتحصيل الاقتطاعات الخاصة به كما يدخل ضمن هيكلية وفعالية عمل قطاع الضرائب كما يلي:

- 1 - يعاني قطاع الضمان الاجتماعي من تذبذب في الإيرادات التي يكون مصدرها الاقتطاعات من أجور العمال الأجراء وغير الأجراء فإذا كانت أجور العمال الأجراء يتم

الاقتطاع منها من طرف المؤسسات المستخدمة قبل صبها لصالح الصندوق الوطني للأجراء CNAS فإن الصندوق الوطني لغير الأجراء يعاني من تأخر صب الاقتطاعات بصورة دائمة وهو ما يعني ذبذب في الخدمات التي يمكن أن يوفرها هذا الصندوق لعملائه في حالة احتياجهم للخدمات الصحية⁽²⁵⁾.

2 - يعاني سوق التشغيل في الجزائر من ضبابية كبيرة وعزوف كبير لأرباب العمل عن الاعتماد على الاطار القانوني لتشغيل الأفراد بتسجيلهم ضمن مفتشيات العمل المحلية وتأمينهم والعمل ضمن إطار تعاقدى رسمي لما له من تكاليف مرتفعة لا يريدون تحملها ويبقى العامل هو من يدفع ثمن عدم وجود عقد رسمي ينظم علاقة العمل ويحمي حقوقه ويضمن له الحصول على تأمين مناسب أي الحصول على خدمات صحية كاملة⁽²⁶⁾.

3 - يعاني قطاع الضرائب بصفته يضمن مداخيل للدولة من عزوف أغلب المكلفين بالضرائب عن دفعها أو دفعها في إطار تصريح منافي للواقع ماعدا فئة الموظفين والتي يتم اقتطاع الضرائب من مرتباتها أولا بأول قبل دفع أجورهم وعليه فإن حجم الضرائب التي يمكن الحصول عليها في الواقع أقل بكثير مما يمكن الحصول عليه لصالح الدولة مما يعني نقصا في الموارد العامة وهو ما يؤدي إلى إشكاليات في تمويل الدولة لمختلف الخدمات الصحية ويكون التهرب الضريبي لعدة أسباب منها ما هو متعلق بالمكلفو منها ما هو متعلق بإدارة الضرائب فمثلا بلغ حجم التهرب الضريبي ما بين (2006-2008) 169 مليار دينار أي 2.3 مليار دولار وكمبلغ تجميعي أي مجموع السنوات السابقة يقدر سنة 2011 بـ 100 مليار دولار⁽²⁷⁾ وهو مبلغ ضخم جدا .

4 - الملاحظة الأولية التي يمكن استنتاجها من تطور تمويل الصحة في الجزائر أن عملية التمويل ككل كانت طوال الفترة الماضية مرتبطة بارتفاع أسعار المحروقات وبصورة مباشرة فإذا ارتفعت هذه الأخيرة (أي أسعار المحروقات) ترتفع ميزانية وزارة الصحة ويرتفع تمويل الدولة لتكاليف الصحة وإذا انخفضت تنخفض الميزانية وتعاني الدولة من التكاليف المرتفعة للصحة خاصة مع الارتفاع المتواصل لعدد السكان حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يمثل تطور عدد السكان (الوحدة مليون) وبالتالي تزايد التكاليف الصحية

السنة	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
عدد	30.8	33.5	34.1	34.6	36.7	37.3	38.7

المصدر: من إعداد الباحثين بناء على تقارير وزارة الصحة والسكان *Annuaire statistique-direction de la planification*

5 - الملاحظة التي نستنتجها من الجدول رقم 01 الموضح لتطور مصادر التمويل أن الدولة شبه مهيمنة على مصادر التمويل رغم وجود النصوص القانونية التي تؤسس لنمط تمويل جديد لا تتخلى فيه الدولة عن تمويل الخدمات الصحية للمعوزين والوقاية والتكوين ولكن تتكلف كل هيئة ضمان اجتماعي بالمؤمنين التابعين لها مع الأخذ بعين الاعتبار ما ذكرناه في النقطة الرابعة فإن العوامل المؤثرة في عملية التمويل هي عوامل خارجية لا يمكن للدولة ضمانها مع الوقت (أسعار البترول) وليست مصادر داخلية يمكن ضمانها وهو ما يجعل العملية في حد ذاتها متذبذبة وغير مضمونة فنحن نرى أن نسبة المساهمة للضمان الاجتماعي انخفضت من 16.03 سنة 2010 إلى النصف تقريبا سنة 2011 بـ 09.03 سنة 2011 في مقابل ارتفاع نسبة مساهمة الدولة.

6 - الطبيعة القانونية للمؤسسات الصحية الحالية هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تخضع للرقابة المالية المسبقة للنفقات وللمحاسبة العمومية في الإيرادات والنفقات وهو ما يجعل عملية تمويلها عن طريق تعاقد مباشر بينها وبين هيئات أخرى صعبا نوعا ما يستلزم تغيير طبيعتها القانونية للحصول على نوع من المرونة في التعاقد وتلقي الإيرادات وهو ما صرح به القانون 11-18 المؤرخ في 02 جويلية 2018 المتضمن قانون الصحة في مادته 297 حيث ينص على أنها مؤسسات ذات تسيير خاص ويذكر صراحة في مادة أخرى أن من مواردها المداخل الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي إلا أنه لم يصدر لجد الآن النص التنظيمي (مرسوم تنفيذي يوضح تنظيم وكيفية عمل وسير هذه المؤسسات).

خاتمة:

إن إصلاح تمويل الصحة واعتماد نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي لا بد وأن يقترن بخطوات عملية من طرف الدولة تتعدى المجال الصحي في حد ذاته:

1 - يجب الفصل بين اعتماد التعاقد كوسيلة للتمويل وبين التخلي عن مجانية العلاج لدى الرأي العام بواسطة إعلام المواطنين بعدم تأثير الإجراءات القانونية المتعلقة بتطبيق نظام التعاقد على مجانية العلاج.

2 - يجب إصلاح منظومة الضمان الاجتماعي بحيث يمكنها الاقتطاع من جميع الفئات المعنية بعملية الاقتطاع وعدم ترك ديون على عاتق المشتركين ويكون ذلك بتطوير مؤسسات الضمان الاجتماعي وإنشاء أنظمة عمل شفافة تحارب التحايل وتضمن اقتطاع عادل وحقيقي لمساهمات الضمان الاجتماعي.

3 - يجب إصلاح قطاع التشغيل في الجزائر بحيث يتم وضع إطار تعاقد رسمي خاضع للقانون لكل العمال ونخص بالذكر القطاع الخاص يضمن حقوقهم ويمكنهم من الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي وبالتالي تمويل تكاليفهم الصحية المختلفة.

4 - البدء بتطبيق نظام التعاقد في بعض المستشفيات على سبيل التجربة أو ما يسمى Hôpital pilote مع تقييم دوري للعملية ومحاولة تعميمها تدريجياً.

5 - لقد كانت فترة 2001-2010 فترة مناسبة جداً للدولة من أجل تطبيق نظام التعاقد خاصة مع الوفرة المالية التي أتاحتها ارتفاع الموارد والآن مع انخفاض هذه الموارد تجد الدولة نفسها ملزمة في البدء في تطبيق النظام التعاقدى لكن وبسرعة وهو ما تضمنه القانون 18-11 الصادر في 02 جويلية 2018 المتضمن القانون الجديد للصحة الذي أحال لنصوص تنظيمية أي مراسيم تنفيذية سوف تصدر والتي يجب البدء في إصدارها من أجل إكمال العملية.

الهوامش:

(1) - فريد توفيق نصيرات: إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة- عمان (الأردن)، 2007 ص 24

(2) - موقع المنظمة العالمية للصحة زيارة يوم 20 سبتمبر 2018، 22.30

<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-/ar>



- (3)- موقع المنظمة العالمية للصحة زيارة يوم 21 سبتمبر 2018، 15.22
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/6/10-ar>.
- (4)- مجموعة من الخبراء، الإدارة الصحية (منشورات المنظمة العالمية للصحة)، دار أكاديميا، بيروت، 2007، ص166.
- (5)- مجموعة من الخبراء، الإدارة الصحية (منشورات المنظمة العالمية للصحة)، دار أكاديميا، بيروت، 2007، ص169.
- (6)- المادة 02 من المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية رقم 81 لسنة 1997.
- (7)- المادة 03 من المرسوم التنفيذي 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، الجريدة الرسمية رقم 81 لسنة 1997.
- (8)- المادة 02 من المرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الجامعية وتنظيمها وسيورها، الجريدة الرسمية رقم 81 لسنة 1997 ص29.
- (9)- المادة 03 من المرسوم التنفيذي 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المراكز الجامعية وتنظيمها وسيورها، الجريدة الرسمية رقم 81 لسنة 1997 ص30.
- (10)- جريدة رسمية رقم 48 لسنة 2003 ص 6.
- (11)- كما هو موضح في مقتضيات الأمر 73-65 في 28 ديسمبر 1973 المتضمن تأسيس الطب المجاني، ج.ر رقم 01-1974
- (12)- أحمد يوسف دودين: إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، دار اليازوري، الأردن، 2012، ص17.
- (13)- Pr. BRAHMIA, Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie,colloque internationale sur les politiques de santé, Alger ,18-19 Janvier- 4 .
- (14)- يعتبر الفرد الجزائري أكبر فرد مستهلك للكحول على مستوى المغرب العربي كما تستهلك الجزائر 25000 طن من مواد التبغ مع زيادة سنوية ب 5% ونسبة 50% من المدخنين أقل من 27 سنة. (حسب المرجع المذكور في الهامش رقم 3).
- (15)- Pr. CHAOUACHE, Le financement du système de santé, colloque internationale sur les politiques de santé 18-19 Janvier- 4 .Alger .
- (16)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية رقم 01، لسنة 1974، ص3.
- (17)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية رقم 01، لسنة 1974، ص3.
- (18)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية رقم 08، لسنة 1985، ص178.
- (19)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية رقم 08، لسنة 1985، ص179.
- (20)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جريدة رسمية رقم 46، بتاريخ 29 جويلية 2018، ص 32.

(21)- تم تطبيق الأمر رسميا ابتداء من سنة 1974 .

(22)- Pr. CHAOUECHE, ibid .

(23)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية رقم 06، لسنة 2001، ص 05.

(24)- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية رقم 20، لسنة 2004، ص 31.

(25)- حمودة نصر الدين وآخرون: نظام الضمان الاجتماعي بين نظام التأمينات ونظام الإعانات منشورات البحث الحوكمة والاقتصاد الاجتماعي جامعة تلمسان، العدد رقم 01، سبتمبر 2015 ص10.

(26)- نفس المرجع السابق ص 11.

(27)- بوشيخي عائشة وبوشيخي فاطمة: أسباب التهرب الضريبي وأثره على الخزينة العامة في الجزائر، مجلة دراسات جبائية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير بجامعة البليدة 02، العدد 03 الجزء 01 ص164.

