تحيين النظام التعاقدي كدعم لتجديد المنظومة الصحية في الجزائر

Updating the contractual system as a support for the renewal of the health system in Algeria

ط.د: ويس بن يطو صغير[1]، أ: بوشعور رضية[2]

Ouis benyettou seghier[1], bouchaour radia[2]

[1] مخبر الحوكمة العمومية والاقتصاد الاجتماعي، جامعة تلمسان (الجزائر)،
Seghier.ouisbenyettou@univ-tlemcen.dz

[2] مخبر الحوكمة العمومية والاقتصاد الاجتماعي، جامعة تلمسان (الجزائر)،
bouchaourr@gmail.Com

تاريخ الاستلام: 2024/10/25 تاريخ القبول: 2024/12/26 تاريخ النشر: 2025/03/21

ملخص: رغم الصّعوبات التي واجهت تطبيق النظام التعاقدي في قطاع الصحة خلال فترة سابقة، إلاّ أنّ السلطات الصّحية في الجزائر منحت له أولوية في الاستراتيجية العامة للقطاع، من خلال إعادة تفعيله بين الأطراف المعنية، حيث كان الغرض من هذه الدراسة هو توضيح فكرة تحيين النظام التعاقدي بصورة جديدة في إعادة تنظيم واجبات ومسؤوليات الفاعلين في قطاع الصّحة والعمل والضمان الاجتماعي، وتجسيد أهميته في تجديد المنظومة الصحية بالجزائر، ومن خلال المعلومات التي تم جمعناها من مختلف المراجع والبحوث قمنا بتحليل أساليب علاقات العمل والمعطيات التي تستند على التشاور والتنسيق في وضع ترتيبات تعاقدية للنظام الصحي ذات الطابع الرسمي على الاتفاقيات بين الجهات الفاعلة بشكل متبادل، وتوصلنا الى أن تجديد النظام التعاقدي وتفعيله في التحكم بالنفقات الصحية يساهم بشكل كبير وفعال في إصلاحات التمويل الحديثة بهدف تجديد المنظومة الصحية.

كلمات مفتاحية: النظام التعاقدي – النظام الصحي – الضمان الاجتماعي – الرعاية الصحية – التأمين الصحي.

تصنيفات JEL : I18,I11,I130,I180

Abstract: Despite the difficulties faced in the application of the contractual system in the health sector during a previous period, the health authorities in Algeria gave it priority in the general strategy of the sector, by reactivating it among the concerned parties, as the purpose of this study was to clarify the idea of updating the contractual system in a new way in reorganizing the duties and responsibilities of actors in the health, labor and social security sector, and embodying its importance in renewing the health system in Algeria, and through information collected from various references and research. We analyzed the methods of working relations and data that are based on consultation and coordination in the development of contractual arrangements for the health system of a formal nature on agreements between the actors mutually, and concluded that the renewal and activation of the contractual system in the control of health expenditures contributes significantly and effectively to modern financing reforms with the aim of renewing the health system.

Keywords: contractual system, health system, social security, health care, Health Insurance.

JEL Classification Codes: I18, I11, I130, I180

[1] **المؤلف المرسل:** ط.د: ويس بن يطو صغير seghier.ouisbenyettou@univ-tlemcen.dz

1-المقدمة:

لقد اهتمت دول العالم بحماية الصحة وترقيتها في المجتمع، ولكن بأساليب وأنظمة مختلفة وفقا للإمكانيات المادية والبشرية المتاحة، راعية في ذلك خصوصياتها الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية، حيث يمثل النظام الصحي الإطار الأساسي الذي يضمن توفير الرعاية الصحية للأفراد، فاختلف هذا النظام الصحي من دولة إلى أخرى، رغم أن الهدف المشترك هو تحقيق التنمية الصحية.

وعلى غرار اهتمام معظم الدول بالخدمات الصحية بأساليب وأنظمة مختلفة، اهتمت الجزائر أيضا بتحسين مستوى خدماتها الصحية من خلال اعتماد أدوات، و برامج وسياسات اصلاحية مختلفة تماشيا مع التغيرات الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية التي يشهدها المجتمع الجزائري. على إثر ذلك لجأت السلطات الجزائرية الى اعادة تفعيل النهج التعاقدي من جديد والحرص الشديد على مواصلة العمل المتعلق بملف النظام التعاقدي الذي احرز تقدما بخصوص القواعد المتفق عليها، من أجل الانطلاق في العمل به تحت الإرادة القوية التي اظهرها كافة الشركاء في هذا الملف، وذلك بهدف تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين و ضمان تكفل جيد ومستمر لاحتياجاتهم الصحية.

من هذا المنطلق نطرح الإشكالية التالية: **كيف يساهم تحيين نظام التعاقد في تجديد المنظومة الصحية بالجزائر وتحسين أدائها؟**

فرضيات الدراسة: تنطلق الدراسة من الفرضيات التالية:

- انتهجت الجزائر نظام التعاقد كخيار استراتيجي لتجديد المنظومة الصحية وتحسين أدائها، الذي يبقى مرهون بمدى جاهزية الفاعلين في قطاع الصحة قبل الدخول في علاقات مباشرة مع أطراف خارجية.

- من أجل تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والتحكم في النفقات من خلال الدقة في التمويل، وجب إعادة تفعيل نظام التعاقد بصورة جديدة حتى يعمم على مستوى كل المؤسسات الصحية بالجزائر.

أهمية الدراسة: تكمن في معرفة واقع نظام التعاقد الصحي بالجزائر في ظل الإصلاحات التي يشهدها قطاع الصحة ودوره في تحسين الخدمات الصحية للمواطن، كما أن هذا الموضوع يسعى الى توضيح الرؤى حول تحيين النظام التعاقدي لتجديد المنظومة الصحية الجزائرية تزامنا مع التحول الرقمي لقطاع الصحة في العالم، والذي جاء ليغطي نقائص تسيير المؤسسات الصحية الجزائرية والوقوف على آفاقها المستقبلية.

منهج الدراسة: من أجل بلوغ أهداف هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي في معالجة الإشكالية المطروحة عند شرح مختلف التعاريف النظرية المتعلقة بالنظام التعاقدي، وقراءة المعطيات المستجدة وتحليل علاقته مع واقع المنظومة الصحية في الجزائر.

تحتوي الدراسة على 03 محاور: تعرضنا الى مفهوم النظام التعاقدي في القطاع الصحي، تعريفه، أطرافه، أنواعه وأهدافه في المحور الأول (01)، ثم واقع التعاقد في نظام الصحة بالجزائر في المحور الثاني (02)، وفي المحور الثالث (03) تطرقنا الى تجديد النظام التعاقدي وعصرنة المنظومة الصحية في الجزائر بتقديم صورة تحليلية في تجديد المنظومة الصحية وإعادة تفعيل النمط التعاقدي كدعم لتطوير الرعاية الصحية في البلاد ومواكبة التحول الرقمي للصحة في العالم.

الدراسات السابقة: دراسة سنوسي علي (2023) بعنوان: تطبيق النهج التعاقدي في المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر - مشروع لم يكتمل بعد - تناول الباحث في هذه الدراسة عملية إعادة بعث النظام التعاقدي، الذي هو أداة لإصلاح المنظومة الصحية الوطنية، من خلال إيجاد طرق واضحة لتمويل الخدمات الصحية وقواعد نوعية في تقييمها، إلى جانب إعادة تحديد العلاقات بين الفاعلين الرئيسيين في المنظومة الصحية، من أجل الاستخدام الأمثل للموارد المتوفرة، وبالتالي تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة، فهذا النظام هو بحاجة إلى إعادة تفعيله بعد تأخر تطبيقه لأسباب مختلفة منذ سنة 1992.

دراسة راشدي حدهوم دليلة (2023) بعنوان: التعاقد في إطار الضمان الاجتماعي كنمط لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر، فتناولت الباحثة تبني الجزائر لنظام التعاقد كآلية في إطار عصرنة نظام الضمان الاجتماعي الجزائري والتكفل بالنفقات الصحية للمؤمنين عليها وغيرهم، وذلك في اطار التمويل المتوازن للقطاع الصحي، حيث تم تكريس هذا النهج من خلال إبرام اتفاقيات مع مهني الصحة في القطاع الخاص، وتسعى الجزائر الى التجسيد الفعلي لاستراتيجية نظام التعاقد مع القطاع الصحي العمومي، خصوصا بعد استخدام تطبيقات الصحة الرقمية الحديثة.

دراسة عديلة علواني (2016) بعنوان: أهمية النمط التعاقدي في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، حيث تناولت الباحثة في دراستها على استخدام النمط التعاقدي وفق استراتيجية لشراء الرعاية الصحية، التي تخدم أهداف الصحة المتمثلة في المساواة والعدالة، الفعالية والاستمرارية المالية، وهي كنتيجة لتحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمة المقدمة للمواطنين، مع ضمان التحكم في الرقابة على التكاليف .

انطلاقا من مخرجات هذه الدراسات، تبين لنا أن النظام التعاقدي في القطاع الصحي الجزائري أصبح غير فعال رغم الاستراتيجية المتبعة لتغطية الرعاية الصحية في هذا الإطار، وعليه سنقوم بدراسة بحثية حول تحليل نظام التعاقد في الوقت الراهن ودمجه في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر، بحيث الذي أصبح حلا استراتيجيا للمشاكل التي تعاني منها المنظومة، في مقدمتها سوء التسيير وغياب الفعالية، الشيء الذي انعكس سلبا على جودة الخدمات المقدمة، فبسبب تأجيل تطبيقه مند 1990 لأسباب مختلفة، كان لابد من تحيين هذه الآلية وتجديدها لعصرنة المنظومة الصحية الوطنية وأفاقها المستقبلية.

2- مفهوم النظام التعاقدي في القطاع الصحي:

يعد النظام التعاقدي في قطاع الصحة كنهج نمطي تتبعه الدولة في إطار الضمان الاجتماعي لتسيير وتمويل خدمات الرعاية الصحية، سوف نتطرق لمفهومه في اطار النظام الصحي.

2-1 تعريف نظام التعاقد: تعرف منظمة الصحة العالمية التعاقد على أنه " عقد يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين (أو أكثر) والذي عن طريقه أو بواسطته يلتزم بالتنازل أو الاحتفاظ، القيام أو عدم القيام ببعض الأشياء، أي ارتباط اداري لشركاء مستقبليين ". **(علواني، 2016، صفحة:441 - 456)**

على هذا الأساس فإن النهج الذي يتبعه التعاقد في مجال الصحة يشكل اتفاقية تجمع بين وزارة الصحة والهيئات المسؤولة عن الضمان الاجتماعي، حيث تتعهد الوزارة بتوفير الخدمات الصحية للمؤمنين، بينما تتعهد الهيئات بتمويل تلك الخدمات، ومن خلاله يظهر التعاقد في المجال الصحي بوصفه تفاعلًا تعاونيًا يعتمد على ثلاثة جوانب رئيسية: **(دحمان و بوقناديل، 2016، صفحة: 79 -95)**

يُعتبر النمط التعاقدي أداة استراتيجية تساهم في تطوير النظام الصحي وصياغة السياسات الصحية الوطنية، وذلك من خلال توسيع نطاق المسؤوليات والتعاون بين جميع الأطراف والجهات المعنية.

2-2 أطراف النهج التعاقدي في الجزائر: ورد في المادة 132 من قانون المالية الجزائري لسنة 1993 أن أطراف التعاقد لتمويل الصحة العمومية تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة وهي:

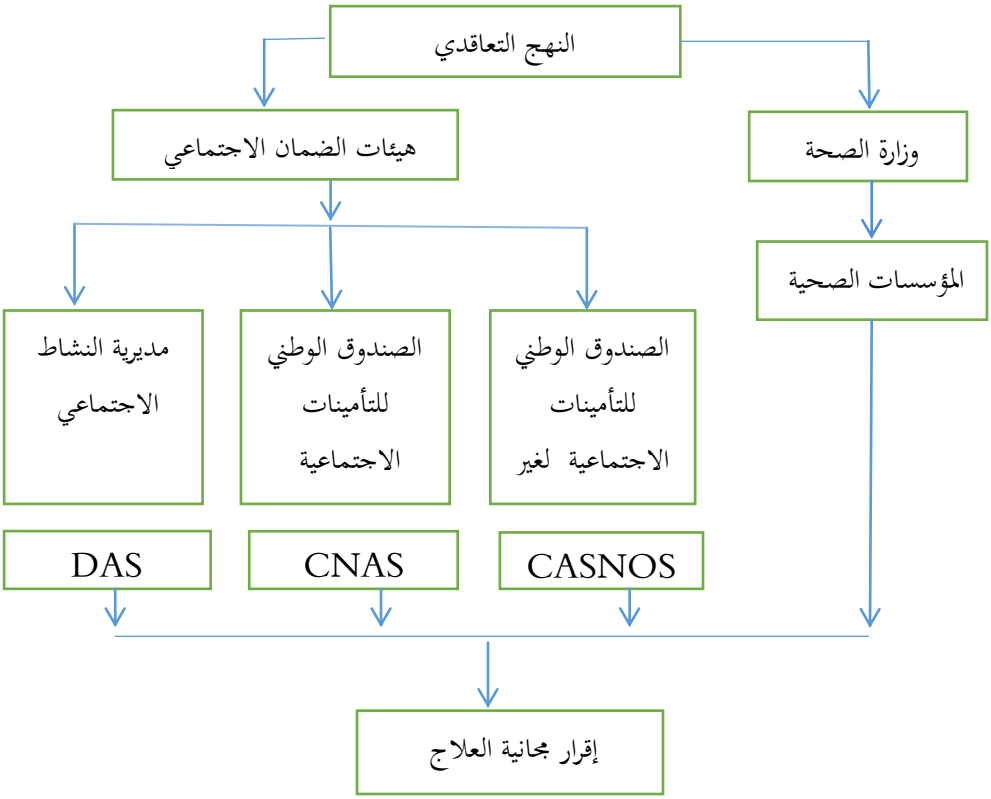
الدولة: تلعب الدولة دورًا أساسيًا في عملية التعاقد، حيث تتدخل لدعم المرضى ذوي الدخل المحدود وغير المؤمنين اجتماعيًا، بالإضافة إلى دعم أنشطة الوقاية والتثقيف والبحث العلمي.

صناديق الضمان الاجتماعي: تشارك صناديق الضمان الاجتماعي في عملية التعاقد من خلال دعم المؤمنين اجتماعيا وأصحاب الحقوق.

الجهة المقدمة للخدمة: تمثل الهيئات الطبية المعنية بتقديم الخدمات العلاجية الجهة المقدمة للخدمة.

المستفيدون من الخدمة: يتمثلون في المرضى الذين يتلقون العلاج في المؤسسات الطبية العامة والخاصة، ويعتبرون في إطار النهج التعاقدي عملاء، حيث يتعين عليهم دفع المبالغ المستحقة للهيئات الطبية وفقًا لفئتهم، سواء كانوا من فئة المعوزين الذين يتم تغطية كلفة علاجهم بالكامل من قبل الدولة، أو من فئة المؤمنين الذين تتحمل مصالح الضمان الاجتماعي 80% من تكاليف العلاج الخاصة بهم.

الشكل رقم (01): مخطط النهج التعاقدي



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على المرجع: (دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، 2018، صفحة: 213)

3-2 أنواع التعاقد في المؤسسات الصحية: هناك نوعان من التعاقد، تعاقد داخلي و خارجي:

التعاقد الداخلي: يشير إلى الاتفاقيات التي تتم داخل بيئة المؤسسة الصحية، حيث نميز ثلاثة أشكال محتملة لهذا التعاقد: **(Peerot & De Roodenbeke, 2005, p : 354)**

- التعاقد الداخلي بين الإدارة والمصالح الداخلية المختلفة.
- التعاقد الداخلي بين مصالح مختلفة داخل نفس المؤسسة الصحية.
- التعاقد الداخلي بين مؤسسة مقدمة للخدمة والإدارة المركزية أو الإشراقية.

يساعد هذا النوع من التعاقد على تشجيع المصالح داخل المؤسسة لبناء علاقات مبنية على أساس مبادئ التوافق المشترك والمبادرة الحرة في إطار الحوار المستمر والتدقيق في كيفية إدارة العلاقات بينها.

كما أنه يدفع أكثر نحو تحمل مختلف المكونات لمسؤولياتها في النشاط، ويقلل من الاختفاء وراء قرارات الفرد دون توزيع المسؤوليات بشكل عادل، وعليه فان التعاقد الداخلي يكرس مبدأ تعاقد الأهداف والوسائل، أي بمعنى وجود عقد تفاوض بين المدير ورئيس المصلحة لتحقيق الأهداف.

إن التوجه نحو التعاقد الداخلي يعتبر وسيلة لتسيير المؤسسة الصحية العمومية كشكل جديد في العلاقة بين منطقين: الأولى ادارية والثانية طبية، وذلك من أجل تحسين نوعية الخدمة والتكفل بالمريض ضمن خطة برنامج مسبق بين الطاقم الطبي والشبه الطبي والطاقم الإداري. (بن واعر، 2006، صفحة: 35)

تعاقد خارجي: وفيه يمكن التمييز بين:

المناولة :(la sous-traitance) تمثل الأساس في إدارة العمليات اللوجستية للقطاع الصحي العمومي على عدة أنشطة أساسية تشمل: الإطعام والتغذية، التطهير والنظافة الاستشفائية، خدمات الفندقة والنقل، إلى جانب تأمين التمويل للمعدات والأدوات الطبية. واذا أخذنا كل نوع من هذه الأنشطة اللوجستية، فإننا نلاحظ تمايزا من حيث السهولة والصعوبة في الاعتماد على المناولة بغرض القيام بها. ومن ايجابياتها نذكر: **(سنوسي، 2023،صفحة:37)**

- تقليل التكاليف المباشرة لإدارة الأنشطة، خاصة فيما يتعلق بإدارة الموظفين وعمليات التخزين والوقت المستهلك في تنفيذ الأنشطة مباشرةً.
- تمكين المؤسسة من تقاسم أعباء الإدارة مع الجهة الخارجية، وتحميل جزء من المسؤولية المتعلقة بتنفيذ هذه الأنشطة، مع الاستمرار في مراقبة جودة أدائها والمتابعة المستمرة لضمان تنفيذها بشكل صحيح.

- منع المؤسسة الصحية من التركيز الزائد على الأنشطة اللوجستية، مما يسمح لها بالتركيز على نشاطها الرئيسي في الرعاية الصحية الأساسية للمواطن، سواء من خلال البرامج الوقائية أو العلاجية.

غير أن المناولة في المقابل لها تبعات سلبية تكمن أساسا في:

- صعوبة التحكم في تكاليف عملية المناولة، نظرًا لحلول طرف خارجي وتكاليفه المرتبطة بالجودة المطلوبة، مما يعقد المهمة في ضبط التكاليف أكبر.

على الرغم من الاعتماد على المناولة، فإن ذلك لا يعفي المؤسسة الصحية من المسؤولية الإدارية اتجاه الآثار السلبية المحتملة لأنشطة المناولة، مما يستدعي تكثيف الرقابة والمتابعة المستمرة، وهذا ما يزيد من التكاليف بشكل غير مباشر.

قد يتسبب تغيير الطرف الخارجي المعتمد في عملية المناولة وتفاعله مع البيئة الداخلية للمؤسسة الصحية، في خلق مشاكل تتعلق بسرية المعلومات والخصوصية داخل تلك المؤسسات.

وعليه، فإن المقارنة الدقيقة بين الإدارة المباشرة للأنشطة و المناولة تستند إلى ثلاثة معايير رئيسية:

- التحليل الدقيق للتكاليف الذي يُعد إجراءا حاسمًا لتحديد جدوى الاعتماد على ا لمناولة من خلال فحص الفوائد الاقتصادية المتوقعة.

- تقدير الخطر الاجتماعي والمسؤولية القانونية في مراعاة الخطر الاجتماعي الذي يتمثل في مقاومة التغيير من قبل أفراد المؤسسة نتيجة تخوفهم من فقدان وظائفهم.

- الاعتماد على المناولة يمكن أن يؤدي إلى فقدان المهارة والاتكال على الغير في نفس الوقت، فتوحيد الكفاءات ومهارات الموارد البشرية يعتبر أمر ضروري.

تتطلب تحسين نوعية الخدمات في الجانب اللوجستيكي عدة إجراءات، من بينها:

- إلغاء العمليات غير الضرورية التي لا تضيف قيمة مضافة، والتخلص من التبذير، مع التركيز على تحقيق أداء أفضل بتكاليف أقل.

- التقليل من الخلل الوظيفي الناجم عن اعتماد طرف خارجي لأداء الأنشطة التي كانت تُنفذ بشكل مباشر من قبل المؤسسة الصحية.

المقاربة عبر الشبكات :(les réseaux) هي نمط تنظيمي يجمع بين مجموعة من الخبراء من مختلف التخصصات والهياكل، حيث يتفقون على أهداف مشتركة ويعملون من خلال

التفاوض على وضع قواعد وممارسات مشتركة، بهدف تحقيق النتائج المرجوة لتلبية احتياجات مجتمع معين في منطقة جغرافية محددة. **(Peerot & De Roodenbeke, 2005, p : 354)**

هذه المقاربة عبر الشبكات تضمن من جهة دمج الخدمات في مهام المؤسسات العامة مع الحفاظ على خصوصيتها، ومن جهة أخرى، فإن التعاقد في إطار الشبكة يمكن المرضى من الحصول على خدمات صحية متجانسة ومتناسقة، حيث يلجأ المريض إلى الشبكة الصحية بشكل عام بدلاً من التوجه إلى ممارس صحي فردي. هذا يضمن للمريض استمرارية التكفل بمختلف احتياجاته الصحية، ويقربه من النظام الصحي الذي ينتمي إليه .

من الناحية العملية، يتكون نظام الشبكة من عناصر رئيسية : **(Laplace, Kamendje, Nisard, Coz, & Chapron, 2002, p : 47 – 56)**

- هيكلة شبكة العلاجات: أي تنظيم في اطار قانوني (جمعية، منظمة، منتدى ...).

- **الانخراط في شبكة العلاجات:** يكون ذلك من خلال عقد الالتزام بالأهداف الموضوعة في هذه الشبكة ودوره في سلسلة تقديم العلاجات.

- **العلاقات مع الممولين والسلطات الصحية:** من الضروري أن تكون هذه الشبكات معلومة ومعتمدة لدى وزارة الصحة، وأن تكون متعاقدة مع الجهات الممولة (الضمان الاجتماعي، الادارة الصحية) لضمان ديمومة نشاطها.

- **المريض:** يجب إعلان قبوله بعقد كتابي الذي يضمن التكفل به من طرف نظام الشبكة.

عقود التوأمة: تساعد هذه العقود على التعاون بين مؤسستين صحيتين في مناطق مختلفة وذات تخصصات أو كفاءات متنوعة، كما تُمكِّن من تيسير تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في المناطق ذات الإمكانيات الضعيفة، وفي الوقت تعزز تطوير وتنمية المهارات للمؤسسة ذات الإمكانيات المحدودة، وتحسِّن جودة الخدمات التي يتلقاها الأفراد. (Peerot & De Roodenbeke, 2005, p : 354)

4-2 أهداف النهج التعاقدي في المؤسسات الصحية: ان اللجوء الى التعاقد كنمط جديد في تمويل قطاع الصحة يهدف الى تحقيق جملة من الأهداف التي من شأنها رفع فعالية قطاع الصحة الذي شهدت هياكله عدة اضطرابات في التسيير منذ تأسيس مجانية العلاج التي قلصت من حجم المسؤولية على مستوى المؤسسات الصحية التي تريد بلوغ أهدافها بأقل تكلفة ممكنة .

ولوضع حد لهذا التناقض الصارخ، تم التفكير في النهج التعاقدي كأسلوب جديد في تمويل المؤسسة الصحية العمومية والذي تبرره مبدئيا مجموعة من الأهداف المتمثلة:

2-4-1**التحكم في النفقات:** يسمح تطبيق النهج التعاقدي من رفع فعالية المؤسسات الصحية العمومية من خلال: **(علواني، 2014، صفحة: 116 - 117)**

- الدقة في التمويل، بحيث يتم على أساس بيانات دقيقة ومفصلة توضح كل الخدمات المقدمة وتكاليفها.

- إمكانية وضع نسب مرجعية للمقارنة، تكون هذه النسب عالمية، وطنية، محلية، مثلا : ماهي تكلفة حصة تصفية الكلى بين مستشفى في الجزائر وآخر في فرنسا ؟ وما هي تكلفة ذلك بين مستشفى باب الواد الجامعي ومستشفى مصطفى باشا الجامعي. وهو ما يمكننا من معرفة الهيئات الاستشفائية الأكثر إنفاقا، وبالتالي اتخاذ الاجراءات التصحيحية اللازمة.

- حرية المبادرة والمنافسة التي تدفع الهيئات العمومية الى التفكير في تحسين نوعية خدماتها وجلب المريض، وعلى هذا الأساس يتعين على المؤسسات الصحية العمومية التحكم في نفقاتها من خلال تشخيص التكاليف، وهنا لا يكفي معرفة التكلفة الاجمالية فقط والتي تعني كامل الهيئة الاستشفائية، بل يجب معرفة تكلفة أدنى وظيفة في المستشفى وهنا نتكلم عن ضرورة تطبيق اللامركزية داخل الهيئة الاستشفائية ذاتها، ولذلك يجب على المسير الأول أن يفرض على كل مركز مسؤولية داخل الهيئة مسك وإعداد الميزانية الخاصة بهدف وضع تقدير دقيق للتوقعات وخلق التحفيز .

2-4-2 عقلانية الانفاق وتحقيق النجاعة: وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى من الفعالية والنجاعة في تقديم الخدمات: (علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية: **(سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الإقتصادية، 2011)**

- عقلانية الانفاق: وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة، كتعاقد المستشفى مع جهات خارجية في بعض المجال التي يتكفل بها المستشفى كخدمات تبيض وغسيل الأغطية مثلا:

- **النجاعة:** تعني تحقيق الأهداف بأقل التكاليف الممكنة، وذلك من خلال قيام المؤسسة الصحية بالتعاقد مع مؤسسات متخصصة مثلا في التنظيف الغسيل، الاطعام، الصيانة ...الخ مما يؤدي الى القيام بالخدمة على أحسن وجه وذلك من خلال تخفيض الاعباء كالأجور والتجهيزات اللازمة للوظيفة.

3-4-2 التحكم في بعض المؤشرات الصحية: تعتبر نسبة الاستشفاء من أهم المؤشرات الصحية، وبالتالي فان عدم التحكم في هذا المؤشر يؤدي الى الزيادة في حجم النفقات، وبالتالي

تعتبر المراجعة الدائمة للاستعمال الفعلي للأسرة ضروري لتوفير وسائل التشخيص لتفادي طول مدة المكوث في المستشفى دون جدوى.

4-4-2 تحسين نوعية العلاج: إن التعاقد لا يمس فقط اجراءات التمويل ولكن أيضا نوعية العلاج والإيواء والإطعام من خلال الرقابة اللصيقة التي يضطلع بها الشركاء الممولين، وبالتالي يتعين على القطاع العام أن يولي الاهتمام بما يلي : **(بن الشيخ و الدراجي، 2018، صفحة: 534 -545)**

- الاهتمام بتحسين سلوك المعاملة من خلال حسن الاستقبال والمعاملة.
- التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكلفة ممكنة قصد الحفاظ على النجاعة.
- ارساء قواعد المرونة في التسيير وفسح المجال أمام الكفاءات لتجسيد قواعد التسيير الحديثة.
- إعادة ربط العلاقة مع المجتمع من أجل الاقناع وكسب ثقة الزبائن.
- **تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسة الصحية مع ممولها:** وهذا عكس النظام الجزافي الذي يتميز بغموض هذه العلاقة وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية وممولها.

3- واقع النظام التعاقدي في قطاع الصحة بالجزائر:

يعاني قطاع الصحة في الجزائر من عدة مشاكل في التغطية المالية الصحية، تعود أهمها إلى نظام التمويل الجزافي الذي لا يتبع أي منطق اقتصادي، حيث أدى هذا النظام الى التحول من إدارة فعالة إلى إنفاق لا يُراعى فيه جودة الخدمات الصحية المقدمة، فالعلاقة المالية بين المؤسسات الصحية وصندوق الضمان الاجتماعي والحكومة أدت إلى انعدام التوازن بين العرض والطلب على الخدمات الصحية، مما نتج عنه عجز مستمر في تلبية الاحتياجات المتزايدة للمواطنين. ولتنظيم هذه العلاقة تم تطبيق إطار تعاقدي يسعى إلى تحقيق أهداف النظام الصحي بأقل تكلفة وضمان التحكم في الإنفاق.

1-3 أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر: تعود أسباب التعاقد في الجزائر بالإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية، حيث قدمت بعض المنظمات العالمية مثل البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية توصياتها لإدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية، أما اختيار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للتعاقد، فجاء نتيجة لعدة أسباب منها :

الارتفاع المستمر في مساهمات الضمان الاجتماعي لتغطية المصاريف الوطنية للصحة والوضعية المالية الصعبة للضمان الاجتماعي وعدم شفافية استخدام الأموال المقدمة من الضمان

الاجتماعي على مؤسسات الصحة العمومية، حيث لا يوجد برنامج مسطر لكيفية استغلال هذه المساهمات بشكل منتظم.

أما في ما يخص الشروط الأولية لنجاحه فإن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومموليها تستلزم توفر الأجهزة التالية: **(راشدي حدهوم، 2023، صفحة: 91 - 130)**

- **الهيئات الوزارية:** تم إنشاء هذه الهيئة في10أفريل1996 و تتكون من: وزير الصحة والسكان، وزير العمل والتضامن الاجتماعي، وزير المالية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية(CNAS)، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء(CASNOS) و مسؤولين من المؤسسات العمومية للصحة. وفي16 مارس 2002 طرحت الهيئة الوزارية جملة من المراحل لتنفيذ عملية التعاقد كالتالي: **(دحمان، 2018، صفحة: 207)**

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

- تحديد كيفية وإجراءات عملية التعاقد بالنسبة لصناديق الضمان الاجتماعي .

-إعداد طرق للدفع بواسطة مجموعة مختصين وهنالك طريقتين:

- **تحديد السعر المتوسط ليوم استشفاء:** وتم وضع هذا السعر من طرف وزير الصحة.

- تحديد جزافي حسب نوع المرض: وهو عبارة عن طريقة دفع تعتمد في حسابها على مراجع طبية ومعايير علمية ومهنية، وتركز هذه الطريقة على مرحلتين :

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

- تقييم اقتصادي للتكلفة، لكل مخطط حسب كل تخصص من خلال تحديد مدة الإقامة المعيارية لعدة تخصصات، ووضع العلاقات التعاقدية حيز التنفيذ .

الهيئة الولائية: طبقا للقرار الوزاري 2023/01/14 تم إنشاء هيئات في كل ولاية يشرف عليها الوالي وتضم: مدير الصحة والسكان، مدير النشاط الاجتماعي للولاية، مدراء المؤسسات العمومية للصحة.

-الوكالة الاستشفائية (H.R.A)

-الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي :(ANAES) جاء تنصيب هذه الوكالة للتحكم في النفقات العلاجية وأهم مهامها: **(دحمان، 2018، صفحة: 208)**

- تقييم الخدمة الصحية ومراقبة تدرج العلاج.

- توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الاستشفائية.

- تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة.(GHM)

- إعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.

يؤكد النهج التعاقدي يؤكد على بعض النقط الأساسية هي:

- تحديث مكتب القبول وتطويره لضمان فعالية وسلاسة العمليات التعاقدية في المؤسسات الصحية، حيث أصبح أمرًا حيويًا في نظام وتسيير المؤسسة الصحية .

- تعتبر استمارة العلاج المقدم وسيلة عمل تكميلية بين مختلف المتدخلين، حيث يتعين على أعوان مكتب القبول الاهتمام بتفاصيل الحالة المرضية وتعريف الشخص المريض في سياق التأمين الصحي، كما أن هذه الاستمارة تساعد في حساب تكاليف الخدمات الطبية المقدمة للمريض، وتوضح كمية الاعتمادات المستخدمة خلال العلاج، مما يشكل أساسًا لتقييم الأداء المؤسسي والمتابعة الإحصائية لاستهلاك الأدوية والمستلزمات الطبية الأخرى، أما بالنسبة للأنشطة الاستشفائية مثل متوسط مدة الإقامة(DMS) ، ومعدل شغل الأسرة(TOL) ، ومعامل التداوي على السرير(CRC) ، فهي مؤشرات تعكس كفاءة التسيير في المستشفى، لذا ينبغي مراقبة هذه المؤشرات بانتظام ومقارنتها مع المعايير المحلية والدولية لتقييم الأداء واتخاذ الإجراءات الضرورية لتحسين الخدمات الصحية. (بعيط و بن قصير، 2015)

- تستخدم المتابعة بواسطة الإعلام الآلي برنامج المريض LOGICIENPATIENT لمتابعة وضعيات المرضى بطريقة آلية وفعالة، فيتيح هذا البرنامج لمكتب القبول تسجيل دخول المرضى وقبولهم وخروجهم النهائي، وإصدار شهادات المكوث في المستشفى لكل مريض. كما يساعد في الحصول على أفضل النتائج في تقييم وتسيير النشاط الاستشفائي، من حيث التكاليف وعدد المرضى وكمية الدواء والموارد الصيدلية، فهو يتيح للمؤسسات الصحية تحسين الإدارة وتوفير الوقت والجهد في عمليات الإدارة اليومية.

2-3 سير العملية التعاقدية: عندما يتقدم المريض إلى المستشفى، يُقدم الطبيب المعني طلب استشفاء يتضمن المعلومات الشخصية وتاريخ دخوله المقترح، وبناءً على هذا الطلب يتوجه المريض أو مرافقه إلى مكتب الدخول لإعداد استمارة القبول. حيث أنه يتم تصنيف المرضى الى ثلاث (03) فئات رئيسية (أنظر الشكل رقم: 02 أدناه)

- **الفئة الأولى:** (المريض المؤمن اجتماعيا) تدرج بطاقة الشفاء الخاصة بالمريض الذي يحملها في جهاز متخصص بمكتب الاستقبال، حيث يُظهر جهاز الحاسوب جميع المعلومات المحمولة في البطاقة بواسطة برنامج IDAAS التابع للضمان الاجتماعي للتحقق من صحة الضمان الاجتماعي للمريض، ثم يتم تحميلها أولاً إلى قاعدة البيانات المسماة BDD échange والتي تربط بين برنامج IDAAS وبرنامج Patient ثم ثانيا يتم إدخال معلومات المريض في برنامج Patient تستخرج شهادة التأمين وتُضاف إلى ملف المريض الطبي والإداري.

المريض الذي يمتلك رقم التسجيل يعتبر من ذوي الحقوق والمؤمنين بشكل غير مباشر عن طريق تأمين أحد الأفراد. في هذه الحالة، يُدخل المستخدم رقم التسجيل في النظام الحاسوبي ليُظهر معلومات صاحب هذا الرقم والأشخاص المعنيين بالتأمين له، بعد ذلك يتم إصدار شهادة الانتماء بنفس الطريقة.

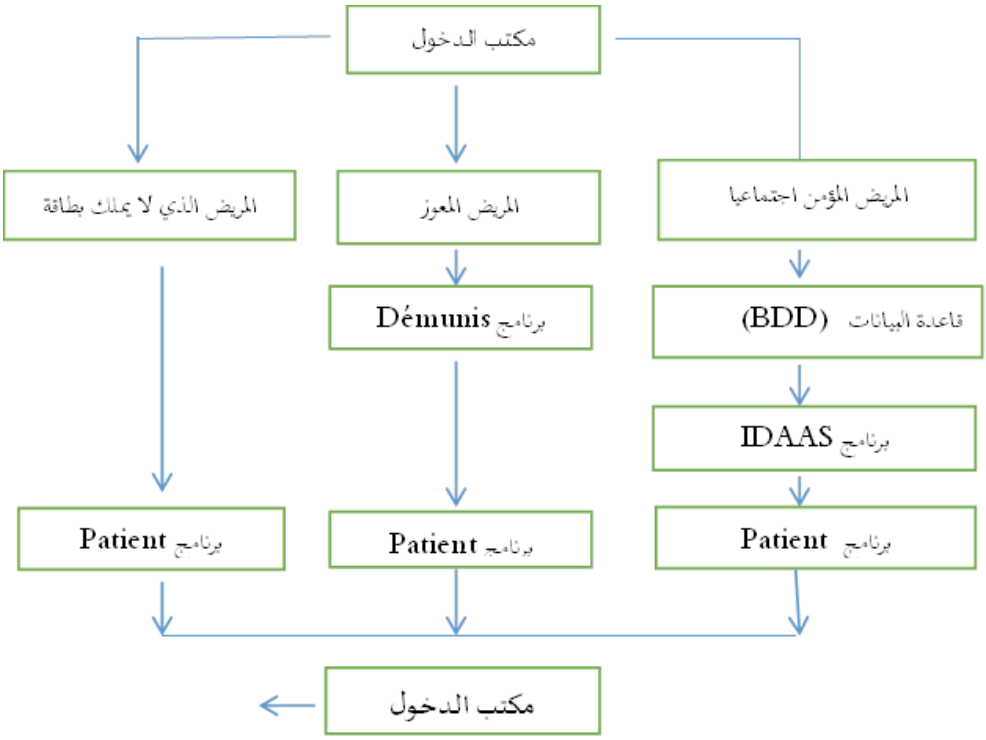
- **الفئة الثانية:** (المريض المعوز) يثبت المريض المعوز انتماءه لهذه الفئة عن طريق بطاقة خاصة به، حيث يقوم مستخدم الحاسوب بأخذ الرقم الموجود على البطاقة وإدخاله إلى برنامج Démunis ليجد عدة معلومات متعلقة بالمريض، وبعد التأكد من صحتها يتم إنشاء قاعدة بيانات خاصة به تكون على مستوى برنامج Patient الذي سيحفظ هذه المعلومات التي تراجع عند خروج المريض.

- الفئة الثالثة: (المريض الذي لا يملك أي بطاقة) بشكل عادي ومباشر، يُسجّل المريض في برنامج Patient بعد جمع كافة المعلومات الخاصة به من بطاقة التعريف الوطنية. بمجرد تسجيل المرضى وفقًا للحالات الثلاث السابقة في برنامجPatient ، يُعد لهم ملف طبي إداري يتضمن استمارة القبول وبطاقة المتابعة والملخص النموذجي والعيادي للخروج، ثم يُسلّم هذا الملف إلى الجهة المعنية التي يُحال إليها المريض.

عند خروج المريض يصدر الطبيب المعالج قرارا بخروجه، فيتوجه المريض مرة أخرى لمكتب الدخول حاملا ملفه الطبي قصد تحرير فاتورة التكاليف مملؤة بطريقتين:

- **المبلغ المتوسط ليوم استشفاء (PMJH):** حيث يضرب هذا المبلغ في عدد أيام الاستشفاء.
- **المبلغ الجزافي حسب المرض(Forfait théologie la Part):** ويقابل كل مرض تكلفة معينة.

الشكل رقم (02): سير العملية التعاقدية.



المصدر: من إعداد الباحثين

3-3 مشاكل تطبيق النهج التعاقدي بالجزائر: إن النهج التعاقدي الذي اتخذته الجزائر يشير إلى التحول من نظام الرعاية الصحية الجزافية المقدمة من قبل المؤسسات الصحية والتي تضمن العلاج المجاني، إلى نظام تمويل حقيقي للخدمات الصحية المقدمة من هذه المؤسسات للمؤمنين اجتماعياً. ويتم ذلك من خلال تبادل المعلومات بين المؤسسات الصحية ووكالات الضمان الاجتماعي في إطار العلاقات التعاقدية، التي تهدف الى توفير الموارد المالية اللازمة، متابعتها ومراقبتها، أي الانتقال من الوسائل الى النتائج، لكن تطبيق هذا النهج اعترضته عدة مشاكل تشير إلى عدة نقاط سلبية منها: (علواني، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، 2014، صفحة: 39- 40)

- غموض تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية، حيث يجدون أن 30% فقط منهم يمثلون المؤمنين اجتماعياً، و10% فقط معوزين، في حين يظل 60% غامضين .
- عدم استخدام بطاقة المريض بشكل مثالي وعدم معرفة كيفية ملؤها.
- عدم تحديد المسؤوليات بشكل كافٍ .
- إهمال ممارسي القطاع للبيانات الخاصة بالمريض .

- نقص الاعتمادات الوقائية وغياب الوثائق المحاسبية وبرامج الأنشطة.
- قيود التمويل التي يعاني منها نظام الضمان الاجتماعي .

4- تجديد النظام التعاقدي وعصرنة المنظومة الصحية في الجزائر:

ميزت منظمة الصحة العالمية ثلاثة أنماط من العلاقات التعاقدية: (OMS, 2005)

4-1 العلاقات التعاقدية التي تعتمد على تفويض المسؤولية: حيث ينقل الطرف المخول بالتفويض جزءًا من مسؤوليته عن تقديم الخدمة إلى جهة أخرى عقد تفويض، سواءً كان ذلك عبر ترخيص الخدمات العامة (الإدارة المفوضة) أو الانضمام إلى الخدمة العامة، هذه العلاقات تشمل الروابط بين المستوى المركزي والمستوى المحلي للإدارة الصحية وتعرف بالتعاقد الداخلي المبني على مفهوم الأداء.

4-2 العلاقات التعاقدية التي تستند إلى عملية الشراء: حيث يُفضل في بعض الحالات شراء الخدمات بدلاً من إنتاجها محلياً. وفي هذه الحالة يتم التعاقد مع شريك لتقديم الخدمة مقابل مبلغ مالي، بدلاً من الجهة المخولة للتفويض بالخدمة.

4-3 العلاقات التعاقدية التي تعتمد على التعاون والاتفاقيات طويلة الأمد: حيث يشارك فيها أعضاء منظمات مستقلة بحيث يجمعون مواردهم لتحقيق أهداف مشتركة.

اختارت الجزائر النهج الثاني وقامت بشراء الخدمات كخيار لتطبيق التعاقد، حيث اقتصر التعاقد فيها على شراء الخدمات مباشرة. يعرف هدا التعاقد بأنه: "تعاقد مالي بين المؤسسات العامة للصحة التي تقدم الرعاية وهيئات الضمان الاجتماعي المسؤولة عن التأمين الصحي لتمويل الخدمات المقدمة للمؤمن عليهم اجتماعيًا ومستحقيهم.**(Ziani & Ziani, 2021, P : 36 - 55)**

وتنفيذا للسياسة الصحية التي تتبعها الجزائر، طرحت الاشكالية المرتبطة بالتسيير الجديد للمنظومة الصحية، فباشرت وزارة الصحة في تنظيم عدة مقاربات تشاركية لكل الاطراف الفاعلة في مجال الصحة، أثمرت عن ثمانية (08) محاور رئيسية لبرنامج الوزارة المتعلق بتجديد المنظومة الصحية للبلاد تضمنت المسائل التالية: **(قريوة و بوخالفة، 2023، صفحة: 534 - 545)** الوقاية وترقية وحماية الصحة، حوكمة تسيير مؤسسات الصحة، المهن الصحية وتسيير الممتهنين والمسار المهني، مسألة التكوين وتثمين الموارد البشرية، مسألة الأدوية والمعدات الصحية وكيفية مكافحة الأمراض، الأساليب التجريبية المعتمدة في سياسة التخطيط الصحي، النظام الوطني للعلاج الصحي والرقمنة، وموضوع تمويل أنشطة المؤسسات العمومية للصحة، حيث هذا الأخير يعتمد على نموذج عالمي يركز على نظام التعاقد للأنشطة بدلاً من الهياكل،

فأقرت وزارة الصحة تمويل المؤسسات الصحية من قبل الضمان الاجتماعي والخزينة العامة، بالإضافة إلى شركات التأمين حسب النشاط و المردود الفعلي لكل مؤسسة، يهدف ذلك إلى تحقيق فعالية وتمويل حقيقي لنشاطات المؤسسات الصحية العامة، في إطار تحسين الحوكمة وترشيد النفقات.

المواطنين ذوي الحقوق والمؤمن لهم اجتماعيا ليس عليهم دفع تكاليف العلاج، بل يتم تطبيق نظام الدفع عن الغير عليهم، حيث تتكفل صناديق الضمان الاجتماعي بتغطية تكاليف العلاج، أما بالنسبة للأشخاص الفقراء أو غير المؤمنين اجتماعيًا، فإن الدولة هي التي تتحمل تكاليف العلاج.

أما في ما يخص تفعيل "نظام التعاقد" بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، سيتم تنفيذ نظام التعاقد في القطاع الصحي كجزء من مبادرات اللقاء الوطني لتطوير المنظومة الصحية، وهو خطوة تهدف إلى تحقيق رؤية شاملة حول تنفيذ الخدمات الطبية في مؤسسات القطاع، وجودة العلاج المقدم للمرضى في جميع الأقسام. ويشمل نظام التعاقد الاتفاقيات بين المؤسسات الصحية العامة والخاصة.

4-4 النظام التعاقدي المحيّن: سيشرع العمل به مستقبلا على مستوى عدة مؤسسات استشفائية كمرحلة أولى، حيث أنه سيوفّر رؤية شاملة حول سير الأنشطة الطبية في هذه المؤسسات، بالإضافة إلى نوعية العلاجات التي يتلقاها المرضى في مختلف المصالح والأقسام. (الإنباء، 2022)

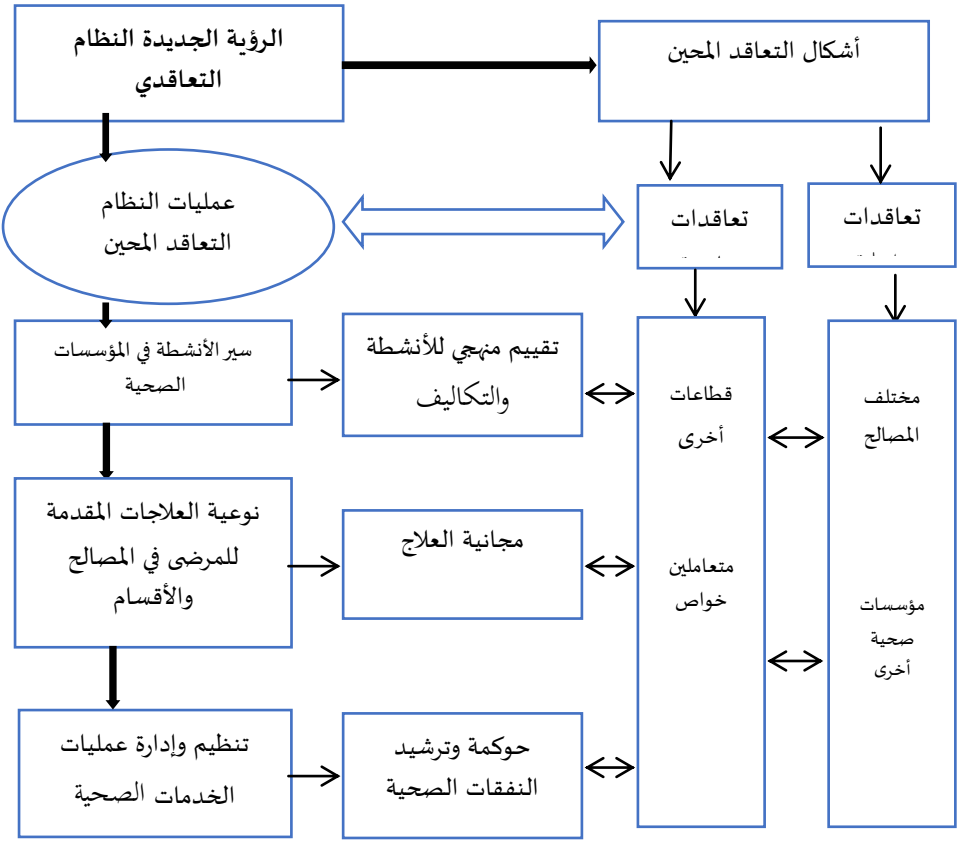
نستنتج من ذلك 03 مستويات من عمليات التعاقد موضحة في الشكل رقم 03 كالآتي:

- سير الأنشطة في المؤسسات الصحية التي تعتمد على تقييم منهجي.
- نوعية العلاجات المقدمة للمرضى في الأقسام والمصالح التي تتم مجانا.
- تنظيم وإدارة عمليات الخدمات الصحية على أساس حوكمة وترشيد النفقات الصحية.

ويتبنى هذا التعاقد المحين أشكالًا متعددة (أنظر الشكل رقم: 03)، تعاقدات داخلية بين إدارة المؤسسة الصحية ومختلف مصالحها، أو بين المؤسسات الصحية المختلفة، وتعاقدات خارجية بين المؤسسات الصحية العامة والخاصة، وبين قطاع الصحة وقطاعات أخرى. وبذلك ستستفيد المؤسسات الاستشفائية العمومية من التمويل حسب النشاط والمردود الفعلي لكل مؤسسة.

ومنه نجد هناك علاقة ترابطية بين عمليات النظام التعاقدي الجديد مع أنواع التعاقدات الداخلية والخارجية ترتكز على مجانية العلاج للمواطنين، التقييم المنهجي للأنشطة والتكاليف وضمان تمويلها المستمر بالإضافة الى حوكمة وترشيد النفقات الصحية.

الشكل رقم (03): الرؤية الجديدة لنمط التعاقد لقطاع الصحة في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحثين.

دعت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مديري المراكز الصحية إلى ضرورة إعادة تفعيل نظام التعاقد تدريجياً، بهدف ضبط النفقات وتحسين رعاية المرضى، فالعمل الجاد الذي تقوم به صناديق الضمان الاجتماعي والنتائج الإيجابية التي حققتها انطلاقا من سنة 2022، كانت نتيجة تطبيق نظام التعاقد بين تلك الصناديق والمؤسسات الصحية العامة من جهة، والصناديق والعيادات الخاصة من جهة أخرى.

5-4 اتفاقية هيئات الضمان الاجتماعي والمستشفيات الخاصة للتكفل بالولادة: في إطار التعاون بين وزارة الصحة مع وزارة التشغيل والتضامن الاجتماعي تم الاتفاق على انطلاق

عملية التعاقد بين هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بعمليات الولادة، وذلك بإبرام سلسلة من الاتفاقيات بين الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء وعدد من المؤسسات الاستشفائية الخاصة للتكفل بالولادة، حيث سيتمكن المؤمن لهم اجتماعيا من الحصول على خدمات صحية دون دفع التكاليف، وذلك بواسطة نظام الدفع من قبل الغير، والتي تعد بمثابة قفزة نوعية لتحسين التكفل بالولادات على مستوى القطر الجزائري. (بن طاهر، 2020)

6-4 فتح مصالح استشفائية على مستوى الضمان الاجتماعي وتحسين نظام التعاقد: إن العمل جار لإعطاء دفع جديد للنظام التعاقدي بين قطاعي الضمان الاجتماعي والصحة ابتداء من سنة 2020 في اطار تعزيز التنسيق بين الطرفين من أجل تقديم خدمات طبية مناسبة وتغطية اجتماعية فعالة لفائدة المواطنين من خلال فتح مصالح استشفائية تابعة للضمان الاجتماعي، فلقد تم تشكيل لجنة قطاعية مشتركة بين الصحة والضمان الاجتماعي، تضم مجموعة من اطارات الوزارتين، تعمل على تعزيز التواصل وتقوية وتمتين التعاون بين القطاعين، في اطار توسيع التشاور مع كافة الشركاء والمتدخلين في منظومة الضمان الاجتماعي ومستخدمي قطاع الصحة، بهدف الاستغلال المشترك للأنظمة المعلوماتية لكل من شبكة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء و الشبكة التابعة لقطاع الصحة العمومية وكذا وضع قاعدة بيانات مشتركة ونظام معلوماتي ملائم. (الإنباء، 2022)

إن النظام التعاقدي هو علاقة تربط هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية ويهدف الى ارساء قواعد الشفافية والدقة في تحديد مبلغ مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي الموجهة للتغطية المالية للأعباء الطبية المقدمة لفائدة المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم، بهدف تقديم خدمة صحية أفضل للمواطنين، ترتكز على مبدأ مجانية العلاج وهو خيار سيادي للدولة تضمنته المادة 13 من قانون الصحة الجديد.

خاتـمة: يعد النهج التعاقدي نظاماً فعّالاً ومستداماً للتحكم في النفقات الصحية، حيث يُمكِن هذا النهج المشاركة بين أطراف العقد في تحمل جزء من التكاليف، وفي ظل التحول الرقمي للأنظمة الصحية الحديثة وما أفرزه من متطلبات بات تحيين النظام التعاقدي وتطويره

ضرورة ملحة في دعم تطوير المنظومة الصحية في الجزائر. وبالتالي تأكد لنا صحة الفرضيتين المطروحتين: **أولا:** انتهاج الجزائر نظام التعاقد كخيار استراتيجي لتجديد المنظومة الصحية وتحسين أدائها، بضمان جاهزية الفاعلين في قطاع الصحة، **وثانيا:** وجب إعادة تفعيل نظام التعاقد بصورة جديدة حتى يعمم على مستوى كل المؤسسات الصحية من أجل تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى والتحكم في النفقات من خلال الدقة في التمويل.

فعملية تطبيق مجانية العلاج تستدعي تمويل عمومي باهض وشامل، بالإضافة الى تخصيص مصادر هامة ومرتفعة ذات وتيرة نمو سريعة، غير أن هذا التخصيص الضخم لم يتم بالمراقبة والعقلانية في الاستغلال، وهذا ما أدى إلى الوضعية السلبية التي تعاني منها المؤسسات الصحية. وعلى هذا الأساس تطلب الأمر إعادة نظر عميقة في استراتيجية التمويل بما يخدم الصالح العام وذلك من خلال تطبيق النهج التعاقدي كأسلوب جديد لتسيير لتمويل القطاع الصحي ومن ثم تخفيض ضغط التمويل الذي يقع بنسبة كبير على الدولة، وعلى الرغم المرحلة المتقدمة التي وصلت إليها العملية التعاقدية مقارنة بالسنوات الأولى، إلا أنه يبقى على السلطات المعنية مضاعفة الجهود للإلمام والإحاطة بجميع جوانب النظام التعاقدي وسد كل الثغرات التي تعرقل تطبيقه بصفة جيدة، فتنظيم علاقات المؤسسة الاستشفائية مع ممولها في شكل علاقات تعاقدية يقتضي إدخال أدوات جديدة في التسيير:

- إعادة الاعتبار لمكاتب الدخول على مستوى المستشفيات وإنشاء مصالح استشفائية عيادية على مستوى هيئات الضمان الاجتماعي .
- تحيين البطاقة الإلكترونية الوطنية للمؤمنين الاجتماعيين وذوي حقوقهم ودمج خلايا لهيئات الضمان الاجتماعي على مستوى المؤسسات الصحية.
- إعادة تفعيل مهام اللجان الوطنية لمراجعة وتحيين الأعمال المهنية الصحية وتسعيرها .
- إدراج النظام المعلوماتي في تسيير المؤسسات الصحية من أجل التقييم المنهجي للأنشطة والتكاليف وتحسين تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية وكذا ترشيد النفقات حفاظا على مجانية العلاج.

المراجع:

1. Jean Peerot و ،Eric De Roodenbeke .(2005) .*La contractualisation dans les systèmes de santé : Pour une utilisation efficace et appropriée* .paris ،france: karthala.
2. Laplace, L., Kamendje, B., Nisard, J., Coz, J., & Chapron, J. (2002). les systèmes de santé francés et englais. *santé publique, 14*(01), p. 52.
3. OMS. (2005). *Le roucours à la contractualisation dans les systemes de sant: principaux messages.* Résumés technique pour décideures, Genève.
4. Ziani, L., & Ziani, F. (2021). La contractualisation dans le secteur de santé en algérié: Etat de lieux et contrats. *cahiers du POIDEX, 10(01),* pp. 36 - 55.

1. الوكالة الجزائرية الإنباء. (06 05, 2022). نظام التعاقد :البحث في امكانية تنفيذه من خلال مشاريع نموذجية في عدد من المستشفيات. تاريخ الاسترداد 28 09, 2024، من وكالة الأنباء الجزائرية: https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/125364-2022-05-06-15-48-41
2. أمال بعيط، و إيمان بن قصير. (24 و25 11, 2015). التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر. ملتقى دولي بعنوان: سياسات ترشيد الإنفاق الصحي، 14. المسيلة، جامعة المسيلة، الجزائر.
3. توفيق بن الشيخ، و لعفيفي الدراجي. (10 و11 04, 2018). إعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر. الملتقى الوطني حول: الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل. قالمة، جامعة قالمة، الجزائر.
4. دليلة راشدي حدهوم. (2023). التعاقد في إطار الضمان الإجتماعي كنمط لتغطية الخدمات الصحية في الجزائر. مجلة القانون الدولي والتنمية، 10(02)، الصفحات 91 - 130.
5. زينب قريوة، و رشيد بوخالفة. (2023). المقاربة التشاركية ونظام التعاقدية كآالية لتمويل وعصرنة القطاع الصحي الجزائري. مجلة أبحاث قانونية وسياسية، 08(02)، الصفحات 534 - 545.

6. عبد العزيز بن واعر. (سبتمبر, 2006). النهج التعاقدي كنمط جديد لتمويل المؤسسة العمومية الصحية الجزائرية من خلال تجربة القطاع الصحي بحاسي مسعود. مذكرة لنيل شهادة مابعد التدرج المتخصص في تسيير الموارد البشرية، 35. المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر.
7. عديلة علواني. (2014). أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية (الإصدار الطبعة الثانية). الجزائر، الجزائر: دار هومة للنشر والتوزيع.
8. عديلة علواني. (2016). أهمية النمط التعاقدي في تفعيل أنظمة التأمين الصحي. 16(02)، الصفحات 441 - 456.
9. علي سنوسي. (2011). تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الإقتصادية. أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، 360. الجزائر، جامعة الجزائر، الجزائر.
10. علي سنوسي. (21 06, 2023). تطبيق النهج التعاقدي في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر: مشروع لم يكتمل بعد. ملتقى وطني بعنوان: الخدمات الصحية بالجزائر: واقعها وأفاق تحسينها. الجزائر، جامعة الجزائر 03، الجزائر.
11. محمد علي دحمان. (2018). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر. أطروحة دكتوراه في تخصص: تسيير المالية العامة، 207. تلمسان، جامعة تلمسان، الجزائر.
12. محمد علي دحمان، و محمد بوقناديل. (2016). تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على المستوى القطاع الصحي بالجزائر نسبة الى الموازنة العامة. مجلة الدراسات الإقتصادية الكمية، 02(01)، الصفحات 79 - 95.
13. نادية بن طاهر. (14 05, 2020). تفاصيل إتفاقية هيئات الضمان الإجتماعي والمستشفيات الخاصة للتكفل بالولادة. تاريخ الاسترداد 28 09, 2024، من النهار أولاين: https://www.ennaharonline.com/