

أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر

The importance of public-private partnerships in achieving universal health coverage in Algeria

خيرى محمد

استاذ محاضر قسم "ب"، جامعة الجزائر 3

تاريخ النشر: 1.9.2022

تاريخ القبول: 12.7.2022

تاريخ الاستلام: 6.6.2022

ملخص:

تعتبر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي من الوسائل الميدانية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة على أرض الواقع، من خلال توفير الخدمات الصحية بنوعية جيدة والأدوية بالكمية اللازمة دون تأثر المستفيد منها من مشاكل مالية. وفي الجزائر يساهم القطاع الصحي الخاص بشكل ملموس في تحقيق التغطية الصحية، من خلال مساهمته في توفير الخدمات الصحية بشكل واسع ومنتظم في كل المناطق والمستويات، وفي تمويل النفقات الصحية لكي لا يتأثر المستفيد منها. **كلمات مفتاحية:** الشراكة بين القطاعين، القطاع العام، القطاع الخاص، الشراكة في القطاع الصحي، التغطية الصحية.

تصنيف JEL : H00 ، H41 ، H43.

Abstract:

The partnership between the public and private sectors in the health field is considered one of the field means to achieve universal health coverage on the ground, by providing good quality health services and medicines in the necessary quantity without affecting the beneficiary from financial problems.

In Algeria, the private health sector contributes significantly to achieving health coverage, through its contribution to the provision of health services on a large and regular basis in all regions and levels, in financing health expenditures, and in financing health expenditures so that the beneficiary is not affected.

Keywords: Partnership between the two sectors; Public sector; private sector; Partnership in the health sector; medical insurance

Jel Classification Codes: H00 ، H41 ، H43.

خيرى محمد، khiri.univ3@gmail.com

تواجه الانظمة الصحية لمختلف دول العالم تحديات كبيرة، ولعل ابرزها هي محاربة الوبئة والامراض المنتقلة التي انتشرت بشكل ملموس في الآونة الاخيرة، و ما خلص إليه الخبراء والمختصين في مجال الصحة هو ضرورة توفير اليات والوسائل للحد من الآثار السلبية لهذه الامراض على الصحة العالمية، ومن بين هذه الاليات هو العمل على تحقيق التغطية الصحية الشاملة،

وتعني التغطية الصحية الشاملة هو توفير الرعاية الصحية لجميع الافراد وفي كل المناطق خاصة الفقيرة والريفية منها، مع تقليص من الآثار المالية لعملية الرعاية الصحية المقدمة لهم، ولتحقق التغطية الصحية الشاملة على ارض الواقع يجب توفير لها الطرق العملية والميدانية لتنفيذها، لعل ابرزها نجد الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي.

وتعد الشراكة في القطاع الصحي من الأدوات الضرورية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة هذا ليس على مستوى الانظمة الصحية المحلية فقط، بل المنظمة العالمية الصحة تنادي بدور القطاع الخاص في التغطية الصحية الشاملة، لان القطاع الصحي العمومي لا يستطيع لوحده توفير الخدمات الصحية في كل المناطق، وفي كل الاوقات لهذا لابد من المشاركة القطاعية لتحقيق الرعاية الصحية الشاملة وبجودة عالية، و بشكل دائم ومستمر، ومما سبق تتبلور لدينا الاشكالية الرئيسية التالية:

كيف تساهم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر؟

للإجابة على السؤال الرئيسي نستعين بالأسئلة الفرعية التالية:

- ما هو مفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وماهي خصائصها وانواعها؟
- ماذا نقصد بالشراكة في القطاع الصحي وما هي اهميتها واهدافها؟
- ماهي التغطية الصحية الشاملة وما هو دور القطاع الخاص في تحقيقها؟
- مامدى مساهمة القطاع الصحي الخاص الجزائري في تحقيق التغطية الصحية الشاملة؟
- وللإجابة على هذه الاسئلة نستعين بالفرضيات التالية:
- الشراكة هي احد اشكال التعاقد التعاون بين القطاعين العام والخاص لتحقيق اهداف مشتركة.
- الشراكة في القطاع الصحي لها تأثير كبير في الانظمة الصحية.
- يساهم القطاع الصحي الخاص على تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- تلعب الشراكة بين القطاعين دورا مهما في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر وذلك بناء على مؤشراتها.

أهداف الدراسة: تكمن اهداف الدراسة في النقاط التالية:

- اهمية الشراكة بين القطاعين العم والخاص على مستوى البنية التحتية والاقتصاد ككل.
- دور الشراكة في القطاع الصحي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- دور القطاع الصحي الخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة في الجزائر.

المنهج المتبع في الدراسة: اعتمدنا على المنهج الوصفي التحليلي، وذلك من خلال وصف المتغيرات التغيرات المتعلقة بالدراسة وتحليل مدى مساهمة الشراكة مع القطاع الخاص في تحقيق التغطية الصحية في الجزائر.

2 - مفهوم الشراكة بين القطاعين العام والخاص، المبررات، الخصائص والأنواع

2 - 1 مختلف التعاريف الخاصة بالشراكة:

هناك العديد من التعاريف المتعلقة بالشراكة بين القطاعين العام والخاص، نذكر أهمها فيما يلي:

• **التعريف الاصطلاحي للشراكة:** يعتبر مفهوم مصطلح الشراكة بين القطاع العام والخاص من المفاهيم ذات المدلولات المتعددة، حيث تعد ترجمة للمصطلح الإنجليزي PatnerShip « Public – Private واختصاراً (PPP).

• **التعريف العام للشراكة:** "الشراكة هي رابطة بين الأشخاص الذين يشتركون في المخاطر والأرباح في عمل ما، أو أية مشاريع مشتركة أخرى بموجب عقد قانوني ملزم" (عادل محمود الرشيد، 2007، ص3).

• **تعريف الأمم المتحدة:** "الشراكة هي التعاون والأنشطة المشتركة بين القطاعين العام والخاص بغرض تنفيذ المشروعات الكبرى، بحيث تكون الموارد والإمكانيات لكلا القطاعين مستخدمة معاً، وذلك بطريقة التي تؤدي إلى اقتسام المسؤوليات والمخاطر بين القطاعين بطريقة رشيدة، لتحقيق التوازن الأمثل لكل من القطاعين" (United Nation, 1998, p3).

• **تعريف صندوق النقد الدولي FMI:** " الشراكة هي الترتيبات التي يقوم فيها القطاع الخاص بتقديم أصول وخدمات تتعلق بالبنية التحتية جرت العادة على أن تقدمها الحكومة، وقد تنشأ الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال عقود الامتياز وعقود التأجير التشغيلي، ويمكن الدخول فيها للقيام بمجموعة كبيرة من مشاريع البنية التحتية الأصلية ذات الصلة بالموصلات (كالطرق السريعة والجسور والأنفاق) وأماكن الإقامة (كالمستشفيات والمدارس والسجون) (هشام مصطفى محمد سالم الجمل، 2016، ص 1704).

من خلال التعاريف السابقة نربأ الشراكة هي نشاط ومجهود تعاوني وتكاملي لتحقيق هدف مشترك، وتحالف المصالح وتقاسم للأدوار بشكل مستمر، وتقاسم للمهام والوظائف بين القطاعين، وتحويل المسؤوليات والمخاطر والتنفيذ من القطاع العام إلى القطاع الخاص، وكذلك هي علاقة تعاقدية بين القطاعين حيث يسعى القطاع الخاص إلى تحقيق أكبر قدر من العائد من خلال استثمار موارده أما القطاع العام فيسعى دائماً إلى تحقيق المنفعة العامة.

ومن هذا المنطلق، كان لزاماً منا تقديم تعريف بسيط لكل منها، **فالقطاع العام** هو ذلك القطاع من الاقتصاد الذي يعتني بالصفقات الحكومية، لهذا فهو يتحصل على الدخل من الضرائب وغيرها من الإيرادات، ويؤثر في الاقتصاد من خلال قراراته الاستثمارية، وعن طريق السياسة المالية والضريبية المطبقة، في حين **القطاع الخاص** هو ذلك القسم من الاقتصاد الذي يهتم بصفقات الأسر حيث تتلقى هذه الأخيرة دخلها من توفير مدخلات الإنتاج لقطاعات الاقتصاد الأخرى وتؤثر على مجريات الاقتصاد عبر قرارات الإنفاق

(المصروفات الاستهلاكية على السلع والخدمات)، و الادخار. (ليث عبد الله القهوي، بلال محمود الوادي، 2012، ص30، 35)».

2 - 2 أسباب وأهمية الشراكة بين القطاعين:

تهدف الشراكة بين القطاعين العام والخاص إلى إنجاز وتشغيل العديد من المشاريع في عدة قطاعات، كالنقل، الاتصالات، الصحة، الطرق والمواصلات، الطاقة، فهناك جملة من الأسباب التي جعلت الكثير من الدول تعتمد على نظام الشراكة وهي (مروان قطب، 2013، ص86، 87):

- جذب رؤوس الأموال الخاصة.
 - زيادة الإنتاجية والتشغيل، القيمة المضافة والربحية وتطوير الاقتصاد الدولة.
 - إصلاح مشاريع البنية التحتية وإعادة هيكلة القطاع المعني بالشراكة.
- كما تظهر أهمية الشراكة في العديد من الجوانب يمكننا حصرها في النقاط التالية (رشيد فرهاد، 2013، ص68-69):

- تصحيح الوضع الاقتصادي وإعادة توزيع الأدوار بين القطاعين.
- تحقيق معدلات نمو مرتفعة من خلال تعزيز دور القطاع الخاص في العملية الاقتصادية.
- تحقيق الأعباء التمويلية عن الدولة وخاصة في مشاريع البنية التحتية.
- تحسين الخدمات المقدمة من الحكومة من خلال جذب الاستثمارات من القطاع الخاص.
- إدارة والاستغلال الأمثل للمشاريع الاقتصادية بأحدث الأساليب.

2 - 3 أنواع الشراكة بين القطاعين العام والخاص:

لا يوجد أسلوب واحد لتحقيق الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص سوف نعرض أهمها:

• **عقود الخدمة "Servicecontracts":** هو اتفاق تتعاقد من خلاله إحدى مؤسسات القطاع العام التي لها الصلاحيات اللازمة مع شركة أو أكثر من القطاع الخاص لتولي نشاط محدد، ويعد هذا النوع من العقود الملزمة بين الطرفين تتراوح مدتها ما بين (6 أشهر وستين)، وتتميز عقود الخدمة بتوفير الفرص لدخول المنافسة من خلال التعاقد مع أكثر من شريك من القطاع الخاص (علي محبوب، علي سنوسي، 2020، ص132-133)، وفي هذا النوع تبقى مسؤولية إقامة وتشغيل مشاريع البنية التحتية وتكلفتها على عاتق الدولة.

• **عقود الإدارة "Managementcontracts":** تتضمن عقود الإدارة قيام الشريك من القطاع الخاص بجميع المهام المتعلقة بإدارة المشروع وتشغيله، بحيث يتعامل مباشرة مع الزبائن وفق التعريفات المحددة من قبل الشخص العام، ويلتزم الأخير سداد مقابل مالي له على هيئة أتعاب محددة وثابتة، على أساس نسبة من أرباح المشروع، هذه الطريقة شائعة في إدارة المستشفيات والموانئ وتوزيع المياه والكهرباء. وتلقى على عاتق القطاع الخاص الإدارة اليومية للمشروع والإشراف والرقابة على عملية التشغيل، إلا أن مسؤولية استمرارية التشغيل وتحمل نتائجه يبقين على عاتق القطاع العام، (مروان قطب، 2013، ص88).

• **عقود الإيجار:** هي عبارة عن عقود تمنح من خلاله الحكومة – مالكة الأصل – إلى شركة خاصة حق استخدام هذه الأصول والاحتفاظ بالأرباح لفترة يتم الاتفاق عليها وتتراوح عادة بين (6-10 سنوات) مقابل أن تقوم الشركة الخاصة بدفع الإيجار المتفق عليه.

ومن مزايا هذه العقود انها تسمح للدولة تغيير نفقات التشغيل دون التنازل عن الملكية، وتمكنها أيضا من الحصول على دخل سنوي دون التعرض لمخاطر السوق، ويستفيد من إدخال المهارات الإدارية والتكنولوجية المتطورة مما يزيد من كفاءة استخدام أصول الشركة (هشام مصطفى محمد سالم الجمل، 2016 ص 1717).

• **عقود الامتياز:** هو عقد تمنح بموجبه الحكومة للقطاع الخاص أحد أصولها فتنتقل حقوق التشغيل والتطوير إليه، وقد يضمن عقد الامتياز كل مواصفات عقد الإيجار بالإضافة إلى النفقات الرأسمالية والاستثمارات التي تقع على عاتق صاحب الامتياز وتحدد إيرادات صاحب الامتياز بشكل يضمن له تغطية نفقات التشغيل وخدمة الديون واستهلاك استثماراته (محمد صلاح، 2014-2015، ص55).

وتكمن الميزة الأساسية لعقود الامتياز في أن المشغل يتحصل على أرباح تحفزها على القيام بالأعمال المنوطة به بأعلى إنتاجية وأفضل فاعلية بهدف زيادة أرباحه (مروان قطب، ص90). كما ترجع الأصول إلى الحكومة عند نهاية فترة الامتياز.

• **البناء والتشغيل ونقل الملكية (BOT):** يعد هذا النوع من الشراكة أحد أشكال تقديم الخدمات حيث بمقتضاها تمنح الدولة وأخرى مؤسساتها للقطاع الخاص الامتياز من أجل بناء أو تشغيل أو الانتفاع بأخذ المشروعات والخدمات العمومية لفترة تحدد بين الطرفين، بالإضافة إلى الاستغلال التجاري لعدد من السنوات يتفق عليها، وتكون كافية ليسترد القطاع الخاص تكاليف بناء المشروع الى جانب ذلك تحقيق أرباح مناسبة من عائدات المشروع أو مزايا أخرى تمنح للقطاع الخاص في هذا النوع من العقود، حيث يمكن تنتقل ملكية المشروع وفقا لشروط التعاقد والاتفاق، (محمد متولي دكروري محمد، بدون سنة، ص10-11).

• **البناء والتملك والتشغيل ونقل الملكية (BOOT):** في ظل هذا الأسلوب من الشراكة تقوم الدولة أو إحدى أجهزتها الحكومية بمنح مستثمر من القطاع الخاص الحق في إقامة أحد المشروعات وصيانته وتحصيل مقابل تقديم الخدمة لسداد أعباء التمويل وتحقيق فائض بمثابة ربح مناسب، وذلك لمدة زمنية متفق عليها، وعند انتهاء المدة ترجع ملكية أصول المشروع للدولة في. (كسيدز، كريستين، 1997، ص 169).

3- الشراكة في القطاع الصحي:

هناك العديد من التعاريف الخاصة بالقطاع الصحي الخاص نلخصها فيما يلي (منظمة الصحة العالمية، 2018، ص2):

• **تعريف البنك الدولي:** "القطاع الصحي الخاص يشمل جميع الجهات الفاعلة في المجال الصحي ويكون خارج نطاق الحكومة، ويتألف من الكيانات والهيئات الصحية الرسمية والغير الرسمية، الربحية والغير الربحية، ويضم كذلك مقدمي الخدمات، والصيديات وشركات الأدوية والمنتجين والموردين، والمعالجين التقليديين.

• **تعريف المنظمة العالمية للصحة:** "القطاع الصحي الخاص هو كل مقدمي الخدمات الصحية الرسميون الهادفون للربح دون غيرهم".

من خلال التعريفين السابقين، القطاع الصحي الخاص هو الهيئات والمؤسسات الصحية الغير حكومية التي تنشط في المجال الطبي، ولكن يشترط عليها أن تكون معتمدة من طرف السلطات الوصية، أما من حيث الهدف فالقطاع الصحي الخاص يسعى إلى تحقيق الربح، في حين القطاع الصحي العام يعمل على تحقيق المنفعة العامة.

1.3- **أهمية الشراكة في القطاع الصحي:** منذ التسعينات من القرن الماضي، ارتفع بشكل ملفت حجم الخدمات الطبية التي يقدمها القطاع في البلدان النامية و المتقدمة على حد سواء، ويمكن حصر أهمية الشراكة في القطاع الصحي في العناصر التالية: (www.ecg.univ-guelma.dz;2021)

• **تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان استمراريتهما:** ويكون ذلك من خلال إشراك جميع المستشفيات والمصحات والهيكل القاعدية الصحية الخاصة، ما يؤدي إلى توفير الخدمات الصحية بشكل كبير ومستمر، ما ينتج عنه تحسين نوعية وجودة هذه الخدمات وهذا يؤثر ايجابيا على المستفيد منها.

• **المساهمة في الحد من انتشار الأمراض المعدية:** تساهم الشراكة مع القطاع الخاص منالحد من انتشار الأمراض المعدية وذلك من خلال الاكتشاف المبكر عنها ورصدها بواسطة المخابر المتخصصة، كما يساهم القطاع الخاص في وضع السياسات والبرامج الصحية الخاصة لمكافحتها، ويعمل القطاع الصحي الخاص بالتنسيق والتعاون مع القطاع العام لإجراء الأبحاث و الدراسات الوقائية والعلاجية لتفادي خطورة الأمراض المعدية.

• **توفير إدارة ذات كفاءة عالية:** يستقطب القطاع الصحي الخاص موارد بشرية عالية التكوين (جراحين، أطباء، المهن الطبية)، وهذا بفضل الأجور العالية التي يوفرها لهم، كل هذا يساعد على تحسين وتطوير الكفاءات الوطنية المشتغلة في القطاع الصحي.

• **المساعدة على إدارة الأزمات والكوارث الطبية:** الشراكة مع القطاع الخاص في المجال الصحي تساهم بشكل كبير في إدارة الأزمات والكوارث الصحية وذلك بفضل الإمكانيات المتوفرة لدى هذا الاخير التي يسخرها في مجابهة الكوارث الطبية وإدارة الازمات الصحية الناتجة عنها، حيث أثبتت التجارب الميدانية أنه لا يمكن للقطاع العام التغلب عليها لوحده، وخير مثال على ذلك هي الأوبئة المنتشرة في السنوات الاخيرة، مثل الكوليرا ، كوفيد19.

2.3- **أنواع الشراكة في القطاع الصحي:** تأخذ الشراكة في القطاع الصحي شكل نظام التعاقد وهذا الاخير يأخذ العديد من الانواع، ويتفق المختصون في النظم الصحية أن جميع الأشكال التعاقدية في النظم الصحية تتفاهم مع التصنيف الذي قام به « Perrot » والذي حصرها في ثلاث أشكال وهي: (شوال عماد الدين، 2010- 2019، ص129.128):

• **التعاقد المبني على تفويض:** يتم من خلال هذا النوع من العقود تفويض المسؤولية في تسيير وإدارة قطاع الصحة إلى الهيئات محل التفويض ويتم تقسيم التعاقدات التفويضية على حسب الهيئات المفوض لها إلى:

-**التفويض إلى الخواص:** في هذا النوع من التفويض يتم منح امتيازات استغلال وتسيير العقار، ويكون التفاوض عليه لعهدات معينة قابلة للتجديد، ويمكن أن تأخذ عدة أشكال وهي: عقد الإيجار « leasing » ، عقد الامتياز « concession » ، الشراكة "عمومي-خاص".

-**عقود الشراكة مع القطاع العمومي:** في عقود الشراكة مع القطاع العمومي تمنح للقطاع الخاص رخصة عمومية لبناء وتسيير الهياكل الصحية في ظل التعاون مع القطاع العمومي.

-**عقود الدولة مع المؤسسات المستقلة:** في هذا النوع من العقود تقوم السلطة المركزية بمنح صلاحيات للمؤسسات الصحية العمومية لتصبح ذات استقلالية وتقوم الدولة بمهام شراء الخدمات الطبية من هذه المؤسسات التي تبقى ملكيتها للدولة.

-**العقود الداخلية:** عن طريق العقود الداخلية يمكن تفويض المسؤولية داخل المؤسسة الصحية بين الجهاز المركزي والجهاز الفرعي، ويكون ذلك من خلال عقود مبنية على الأداء لتقييم فعالية الجهاز الفرعي.

•**التعاقد المبني على شراء الخدمات الصحية:** يقوم هذا النوع من التعاقد على مبدأ شراء الخدمات الصحية من طرف متعامل عوض القيام بها ويكون عن طريق عقود مناوله « sous-traitance » والهدف من هذا النوع من العقود هو أن الدولة تحاول الاستغناء عن عناء القيام بخدمة مكلفة من حيث الوقت والموارد، فتقوم بشرائها من طرف آخر بأقل تكلفة أو بأحسن جودة.

ومن خلال التعاقد المبني على شراء الخدمات الصحية تقوم الدولة عن طريق وزارات الصحة أو هيئات التأمين الصحي أو حتى الهيئات الدولية (البنك الدولي، منظمة الصحة العالمية) بشراء الخدمات الصحية من المخابر أو المؤسسات الخاصة أو المنظمات غير حكومية ذات سمعة في مجال طبي معين.

•**التعاقد المبني على التعاون:** يعتمد هذا النوع من التعاقد على ضم الجهود من أجل الوصول إلى هدف واحد ونجد فيه:

-**الامتياز التجاري «franchise»:** في هذا النوع يقوم صاحب الامتياز «franchiseur» بمشاركة المتميزين «les franchiseés» في شبكة في شكل تناغمي حتى يصبح المتميزون يمثلون نفس الشبكة.

-**الإدارة المشتركة «Co-management» :** في هذا الشكل يتم فيه تقسيم السلطة والمسؤولية في المؤسسة أو القطاع الصحي بين متعاملين مثل لجنة متساوية الأطراف.

-**التحالف « alliance » :** تكون الاطراف المتعاقدة في هذا النوع في حاجة لبعضها البعض ومنه يأتي التحالف كوسيلة لتكامل الأطراف فيما بينها.

3.3-أهداف الشراكة في القطاع الصحي:

يمكن حصر أهداف الشراكة في العناصر الآتية (www.application.emro.who.int, 2018):

•**تقديم الخدمات الصحية:** وهنا يمكن التمييز بين نوعين من الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص وهي:

-**الخدمات تخص التغطية الصحية:** وهذا النوع من الخدمة تخص مقدم الخدمة والمستفيد منها ونجد منها خدمات علاجية والصحة العامة.

-**خدمات تخص جودة الرعاية الصحية:** ويقصد به البنية التحتية والهيكل القاعدية التي ينجزها القطاع الخاص مثل المستشفيات، العيادات، الصيدليات والمخابر، وتهدف هذه الهياكل إلى توفير الرعاية الصحية بجودة عالية.

•**توفير القوى العاملة الصحية:** عند الشراكة مع القطاع الخاص يكون هناك مزيج بين الإطارات والكفاءات والمهارات. لأن القطاع الخاص يقوم بتوظيف واستقطاب المورد البشري ونفس الشيء بالنسبة للقطاع العام وهذا ما يساهم في التكامل بينهم.

•**التمويل:** يحقق القطاع الصحي الخاص تدفقات مالية مهمة، بحيث يستفيد مقدمي الخدمات الصحية على الموارد المالية من المصدر (المستفيد من الخدمة الصحية) وكل هذا يحقق من حجم التمويل الذي تخصصه الدولة لقطاع الصحة.

•**نقل التكنولوجيا والمعرفة:** يساهم القطاع الخاص في نقل التكنولوجيا والمعرفة للقطاع الصحي وذلك في مجال الإنتاج المحلي للأدوية الأساسية، والمعدات الطبية المتطورة تقنياً.

•**الحوكمة:** عند المشاركة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي سواء عن طريق (التعاقد، الاعتماد) يصبح هذا الأخير أكثر تنظيماً وشفافية مما يجعل كل الأفراد بإمكانهم الاستفادة من الخدمات الصحية.

•**جمع المعلومات:** عند الشراكة مع القطاع الصحي الخاص يقوم هذا الأخير بتوليد وتجميع المعلومات الخاصة به، والتي يجب توحيدها مع المعلومات القطاع العام لاستخدامها بشكل مشترك.

4- التغطية الصحية الشاملة:

يعني مفهوم التغطية الصحية الشاملة أنه بإمكان كل شخص أن يتحصل على كل ما يحتاج إليه من خدمات صحية وبالجودة العالية والكافية، بحيث تكون هذه الخدمات ذات تأثير إيجابي على صحة الشخص، ودون أن يتعرض هذا الأخير ضائقة مالية (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص13).

1.4- مؤشرات قياس تحقق التغطية الصحية الشاملة:

يمكن قياس مدى تحقيق الدولة للتغطية الصحية الشاملة إلى الاعتماد على مؤشرين أساسيين وهما (صاري محمد فايزة، عواج بن عمر، 2021، ص400):

•التغطية الصحية الشاملة والعادلة لكل المواطنين.

•أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة وللمواطن، وأن تتم على أسس علمية.

• التغطية الصحية الشاملة تعمل على حماية الأفراد من العواقب المالية مقابل

الحصول على الخدمات الصحية، وتحميهم من مخاطر وقوعهم في الفقر بسبب

الإصابة بأمراض غير متوقعة تقتضي منهم إنفاق مدخراتهم أو بيع أصولهم أو

الاقتراض، مما يهدد مستقبلهم ومستقبل أولادهم

(www.application.emro.who.int, 2018).

وقد وضعت المنظمة العالمية للصحة بالتعاون مع البنك الدولي إطارا عاما لرصد التقدم المحقق في مجال التغطية الصحية الشاملة من خلال رصد وحصر الفئتين المذكورتين معا، مع أخذ بعين الاعتبار كل من المستوى الإجمالي للتغطية الصحية الشاملة في البلد ومدى اتصافها بالعدالة والإنصاف بين أفراد المجتمع، وهذا يعني تقديم خدمات صحية والحماية المالية لجميع السكان، مما في ذلك الفقراء وسكان المناطق الريفية النائية.

2.4- أهداف التغطية الصحية الشاملة: هناك جملة من الأهداف التي تحققها التغطية الصحية الشاملة نحصرها في الأشكال التالية:

• **الأهداف الصحية:** هناك العديد من الأدلة تبرهن أن التغطية الصحية الشاملة تحسن من صحة سكان البلدان التي تطبقها حيث استنتج مجموعة من الباحثون استخدموا بيانات من 153 بلدا من تقرير لجنة تابعة لمنظمة الصحة العالمية تقول أن توسيع التغطية الصحية الشاملة يؤدي عموما إلى زيادة فرص الحصول على الرعاية الضرورية وتحسين صحة السكان، بل إن المستفيد الأكبر منها هم أفقر الناس، كما وجدت إحدى الدراسات الحديثة أن الإصلاحات في مجال التغطية الصحية الشاملة شكلت دافعا قويا لتحسين صحة المرأة في عدد من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل (ديفيد بيكلسن، وآخرون، 2015، ص 67).

• **الأهداف الاقتصادية:** نظرا للأهمية الاقتصادية للصحة وتأثيرها على الحياة الاقتصادية أدى بالعديد من الدول إلى الاستثمار بشكل كبير في القطاع الصحي لأن فوائده لا يقتصر على تحسين صحة السكان فقط، بل يمكنه كذلك أن يوفر عائدات اقتصادية، ومن الآثار المباشرة لتحسين الصحة على الناتج الإجمالي المحلي هي:

- **الإنتاجية:** بفضل التغطية الصحية الشاملة تكون إنتاجية السكان الأصحاء أكبر من إنتاجية السكان الذين يعانون من أمراض، كما أن الأصحاء أقل عرضة لطلب العطل المرضية.

- **الادخار:** عندما يرتفع متوسط حياة الأفراد يفضل توفر الخدمات الصحية، هنا يميل الناس إلى الادخار الذي بدوره يساهم في الاستثمار.

- **الاستغلال الأمثل للموارد الطبيعية:** عند القضاء على الأمراض المستوطنة والمنتشرة والمعدية في أي منطقة، هذا يساهم على الاستفادة والاستغلال الأمثل للموارد الموجودة في المناطق لأن خطورة انتقال هذه الأمراض قد زالت.

• **الأهداف الاجتماعية:** هناك الكثير من الأهداف الاجتماعية التي توفرها التغطية الصحية ونذكر منها:

• **التعليم:** ومفاده هو أن الأطفال الأصحاء يترددون إلى المدارس بنسبة أكبر من نظرائهم المرضى.

• **العوامل الديمغرافية:** ويقصد به أن الأفراد الأصحاء مدة الحياة المتوقعة لديهم أكبر من الأفراد المرضى، وتشير التقارير إلى أن انخفاض معدل الوفيات تساهم بنسبة 11% في النمو الاقتصادي في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض، و 24% من النمو عند استخدام قيمة السنوات للعمر الإضافية لحساب الدخل الإجمالي للبلد.

• **الأهداف السياسية:** يمكن للتغطية الصحية الشاملة أن تحقق منافع كبيرة للسياسيين خاصتا في الدول التي يقتصر أغلب سكانها للرعاية الصحية وأحسن مثال على ذلك هو رئيس

أندونيسيا الذي شكل إصراره على تحسين الرعاية الصحية كما كان سببا رئيسيا في تحسين وضعه السياسي حيث انتقل من محافظ لإحدى المدن إلى حاكم لجاكرتا ثم رئيسا للبلد (2021، www.220.wish.org.qa)

3.4- دور القطاع الصحي الخاص في تحقيق التغطية الصحية الشاملة: يتطلب إشراك القطاع الصحي الخاص لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وتوفير الخدمات الصحية بنطاق واسع، ولا يتحقق ذلك إلا بتعزيز المشاركة بين القطاعين العام والخاص، كما أن الأمور التنظيمية للعمل الميداني للشراكة تتعدى القطاع الخاص، لأن ذلك من مهام الدولة، وهذه الأخيرة هي المسؤولة على إعداد الاستراتيجيات المعتمدة وتحديد الأهداف المراد تحقيقها، وتحديد مسؤوليات كل من القطاعين الصحي العام والخاص، وهي المسؤولية على وضع الأطر السياسية والقانونية والتنظيمية لسير عملية الشراكة بشكل فعال، ومع تحقق الظروف السابقة الذكر يساعد ذلك على تحقيق أربعة أهداف وهي (، www.application.emro.who.int) (2018):

- توسيع نطاق الوصول العادل إلى الخدمات الصحية وتحسينها.
- إنشاء هيئة صحية وطنية مكلفة بالتغطية الصحية الشاملة بمشاركة القطاع الصحي الخاص.
- ضمان تحسين جودة الخدمات المقدمة من طرف القطاع الخاص و من خلال المعايير المتفق عليها.
- تعزيز و تحقيق هدف الحماية المالية الذي تسعى التغطية الصحية الشاملة بلوغه، وذلك عن طريق وضع إطار لسياسات تنظيمية و استراتيجيات التمويل تهدف إلى إشراك القطاع الصحي الخاص في النظام الصحي للبلد.

5- مساهمة قطاع الصحي الخاص الجزائري في التغطية الصحية الشاملة:

1.5- تعريف القطاع الصحي الخاص الجزائري: لقد تم تعريف المؤسسات الاستشفائية الخاصة في الجزائر في المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 321/07 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 بما يلي : "المؤسسة الاستشفائية الخاصة هي مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الاستكشاف، ويجب عليها ضمان على الأقل تخصص أو تخصصات الطبية التي تمارسه، كما تضمن الخدمات الصحية المتمثلة في الفحص الطبي، الاستكشاف والتشخيص، والإستعجالات الطبية و/ أو الطبية الجراحية، الاستشفاء".

2.5- مكانة القطاع الصحي الخاص في النظام الصحي الجزائري:

كل الأنظمة الصحية في العالم تبذل كل الجهود بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعناية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة(المادة 2 من المرسوم التنفيذي، 2007)، والجزائر كباقي الدول حاولت منذ الاستقلال توفير حاجيات أفراد المجتمع من الخدمات الصحية وجاء ذلك في إطار منسجم وموحد ضمن الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة، وهو الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج، من

خلال محاولة تسخير الوسائل الكفيلة بحماية الصحة وترقيتها (أمير الجليلي، 2008-2009، ص176).

3.5- تطور نظام الشراكة في الجزائر: كانت مرحلة انطلاق تجريب نظام الشراكة "التعاقد" بقرار من مجلس الوزراء المنعقد يوم 09/09/1997، وهو نظام تسيير جديد لبعض المؤسسات الاستشفائية العمومية، وعليه تم اختيار المستشفيات الجامعية « CHU » لولاية الجزائر ونيزي وزو والمدينة، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة في أمراض السرطان «EHS» بولاية الجزائر، وهي مركز « Pierre et Marie Curie » بمستشفى مصطفى باشا، مستشفى القطار، ومستشفى عيسات إيدر (SaadaChougani, MiloudKadder, 2010, p186-187).

وشهد نظام الشراكة مع القطاع الخاص في المجال الصحي عدة تطورات من حيث التنظيم، ففي سنة 2018 قامت الدولة بإصدار قانون رقم 18-11 المؤرخ يوم 02 يوليو 2018 والذي يتعلق بالصحة حيث جاء لينظم القطاع الصحي العمومي وكذلك السياسة الصحية المتبعة والتغطية الصحية الشاملة وأهم ما جاء فيه (الجريدة الرسمية رقم 46، القانون رقم 18-11، 2018):

- الدولة هي المسؤولة على ضمان مجانية العلاج لكل المواطنين.
- تسهر الدولة على تنظيم الحملات الوقائية والحماية من الأمراض المنتقلة وترقية القطاع الصحي.

- تقوم الدولة على تنظيم التكامل بين القطاعين الصحي العام والخاص.
- السياسة الوطنية للصحة تركز على في تطبيقها على الشراكة بين القطاعين.
- تتولى الدولة على عملية ترقية الاتصال والإعلام والتحسيس في القطاع الصحي.
- تعمل الدولة على توسيع وانتشار القطاع الصحي العمومي عبر كامل التراب الوطني لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في كل مناطق الوطن وفي كل المستويات.

4.5- مساهمة القطاع الصحي الخاص الجزائري في تحقيق التغطية الصحية الشاملة: يساهم القطاع الصحي الخاص الجزائري في تحقيق التغطية الصحية الشاملة بطرق مختلفة سوف نركز في دراستنا على المحاور التالية:

- **من حيث الموارد البشرية:** يساهم القطاع الخاص في النظام الصحي من حيث الموارد البشرية من عدة جوانب منها:

- **الأطباء العامون:** ورثت الجزائر بعد الاستقلال منظومة صحية صعبة، بسبب النقص الكبير في الأطباء الجزائريين مما جعلها تستجد بالأطباء الأجانب لسد الفراغ الكبير، وذلك بعد ذهاب معظم الأطباء الفرنسيين، حيث بلغ عدد الاجمالي للأطباء العامين 1279 طبيبي سنة 1962، منهم 342 طبيب جزائري بنسبة 26.73 %، أما الأطباء الأجانب بلغ عددهم 937 طبيب ما نسبته 73.27 %، في سنة 1970 ارتفع عدد الأطباء العامون الى 1760 طبيب عام منهم 611 طبيب جزائري أي بنسبة 34.71 %، أما الأجانب بلغ عددهم نفس السنة 1149 طبيب ويثلون 65.29 %،

(حوصلة احصائية 1962- 2011 الديوان الوطني للإحصائيات، ص 108).

ومع بداية سنة 1995 أصبح الاطباء العاميين في القطاع الصحي الجزائري كلهم محليين، وبالتالي أصبح الاطباء العامون في القطاع الصحي ينقسمون بين الاطباء القطاع الخاص والقطاع العام ومن خلال الجدول رقم 1 نجد عدد الاطباء العاميين وصل في سنة 2018 الى 81751 طبيب عام، يشكل اطباء قطاع العام 58384 طبيب و يمثلون نسبة 71.41%، في حين بلغ عدد الاطباء القطاع العام في نفس 23367 طبيب ما نسبته 28.59%، اما من حيث التطور عدد الاطباء فقد ارتفع اكثر من اربع مرات حيث سجل نسبة النمو تقدر ب 436.21%، والجدول الموالي يوضح ذلك.

جدول رقم (1): تطور الاطباء العامون في الجزائر خلال الفترة 1995-2018

السنوات	1995	2000	2005	2012	2014	2016	2018
القطاع العام	10296	11275	12766	48212	52306	55158	58384
القطاع الخاص	4950	5803	6067	15322	16770	19779	23367
المجموع	15246	17078	18842	63534	69076	74934	81751
معدل التغطية	1823	1778	1708	590	566	545	521

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على: تقارير ONS لسنة 2016، 2018، 2021 (Ministère de la santé ;décembre 2004 ;p 95; ; octobre 2007 p75-76) من خلال الجدول السابق نجد معدل التغطية الصحية للأطباء العامون تحسنت بشكل ملحوظ حيث نجد أنه كان معدل التغطية في سنة 1995 يساوي 1823 مواطن لكل طبيب لينخفض سنة 2018 لأكثر من ثلاث مرات أين سجل معدل التغطية 521 مواطن لكل طبيب وهذا بفضل زيادة عدد الاطباء لكل من القطاعين.

-جراحة الاسنان: ما يميز تخصص جراحة الاسنان ان السيطرة كانت للقطاع العام خلال سنة 1995، حيث نجد 5188 جراح اسنان من القطاع العام مقابل 2473 جراح اسنان من القطاع الخاص اي بنسبة 67.71% و 32.29% على التوالي، ولكن مع بداية سنة 2005 أصبح كلا القطاعين كمتقاربين من حيث الكثافة العددية في النظام الصحي الجزائري، والجدول الموالي بين تطور عدد جراحو الاسنان للقطاعين، وكذا معدل التغطية منسنة 1995 الى 2018.

جدول رقم (2): تطور جراحو الاسنان في الجزائر خلال الفترة 1995-2018

السنوات	1995	2000	2005	2012	2014	2016	2018
القطاع العام	5188	4647	4908	6981	7240	7014	7072
القطاع الخاص	2473	3346	4048	5441	5928	6733	7936
المجموع	7661	7993	8956	12422	13168	13747	15008
معدل التغطية	3628	3798	3664	3018	2970	2971	2837

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على: تقارير ONS لسنة 2016، 2018، 2021 (Ministère de la santé ; décembre 2004 ;p 95; octobre 2007 69). من خلال الجدول اعلاه نجد معدل التغطية لأطباء جراحة الاسنان لم تتحسن بشكل كبير حيث كان معدل التغطية في سنة 1995 يساوي 3628 مواطن لكل جراح اسنان ليستقر هذا المعدل في سنة 2018، عند 2837 مواطن لكل جراح اسنان.

-الصيدالة: بلغ عدد الصيدالة الذين ينشطون في السوق الجزائري 204صيدلي في سنة 1962، منهم 70صيدلي جزائري اي بنسبة 34.31%، في حين عدد الصيدالة الاجانب لنفس

السنة بلغ 194 صيدلي يمثلون نسبة 65.69%، وتعتبر سنة 1993 آخر سنة لوجود الصيدالة الاجانب في السوق الوطنية،(حوصلة احصائية 1962- 2011 الديوان الوطني للإحصائيات، ص 109)، ليصبح السوق الادوية الجزائري يتشكل من الصيدالة الخواص والعموميين المحليين فقط، والجدول الموالي يبين تطور في عدد الصيدليات خلال الفترة 1995- 2018

الجدول رقم (3): تطور عدد الصيدليات وتغطية الصيدلانية في الجزائر خلال 1995 - 2018

السنوات	1995	2000	2005	2012	2014	2016	2018
القطاع العام	460	202	192	994	1284	1695	2159
القطاع الخاص	3183	4587	5849	9177	9794	10193	10731
المجموع	3643	4789	6049	10171	11078	11858	12890
معدل التغطية	7631	6341	5433	3686	3531	3435	3303

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على: تقارير ONS لسنة 2016، 2018، 2021 (Ministère de la santé ; décembre 2004 ; p 95; octobre 2007 ; p 69).

من خلال الجدول السابق نلاحظ ان الصيدليات التابعة لقطاع خاص هي المسيطرة على السوق الادوية الجزائري حيث بلغ عددهم في سنة 2018 الى 10731 صيدلي خاص مقابل 2159 صيدلي عمومي اي بنسبة 83.25% و 16.75% على التوالي.

اما من حيث معدل التغطية المحقق من طرف الصيدلة، نلاحظ انه تحسن خلال الفترة المدروسة حيث انخفض من سنة 1995 من 7631 مواطن لكل صيدلي الى 3303 مواطن لكل صيدلي في سنة 2018، وبذلك يكون انخفض اكثر من مرتين ويرجع ذلك الى تحرير السوق الادوية في الجزائر ودخول القطاع الخاص بشكل كبير.

• **من حيث تمويل القطاع الصحي:** هناك ثلاث مصادر رئيسية لتمويل القطاع الصحي الجزائري وهي:

- **مساهمة القطاع العمومي:** تشمل مساهمة الدولة والجماعات المحلية، ونجد بعد الاستقلال كانت تقدر ب 60% من مجموع النفقات الصحية، وتخصص لتمويل الخدمات المقدمة للقراء والمعوذين الذين ليس لهم دخل، وذلك عن طريق إصدار بطاقات من طرف المصالح البلدية للاستفادة من العلاج والتي كانت تمول على النحو التالي (Lamri Larbi , 1998,p24):

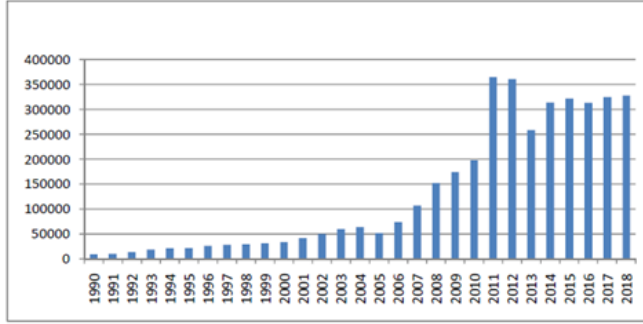
85% من طرف الجزئية العمومية لحساب ميزانية الدولة.

15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعة المحلية (8 % لحساب الدوائر، و 7% لحساب البلديات).

وفي سنة 1974 صدر قرار مجانية الطب على مستوى القطاع العمومي بموجب الأمر رقم 65-73 في 1973/02/28 والذي دخل حيز التنفيذ ابتداء من 1974/01/01، وهذا ما أدى إلى حدوث تغيير هيكلي في مصادر التمويل القطاع الصحي الوطني حيث ارتفعت نسبة تمويل الدولة للقطاع الصحي إلى 75.6%، ومع بداية الثمانينات انخفضت مساهمة الدولة بشكل كبير حيث في سنة 1979 قدرت ب 24.8 % ، الى ان تشهد أقل نسبة تمويل خلال سنة 1988 ب 0.34%، (عدمان مريزق، 2007-2008، ص179) وسبب ذلك هو انخفاض اسعار المحروقات والاعتماد بشكل كبير على صندوق الضمان الاجتماعي.

خلال بداية الالفية الجديدة ارتفعت حصة القطاع العمومي في تمويل قطاع الصحة ان وصلت في سنة 2011 الى اعلى مستوى بـ89.10%(شوال عماد الدين، 2010-2019، ص125)، والشكل الموالي يبين مساهمة القطاع الدولة خلال الفترة 1990- 2018 الشكل رقم (1): مساهمة القطاع العمومي في تمويل النفقات الصحية في الجزائر خلال (2018- 1990)

الوحدة: مليون دج

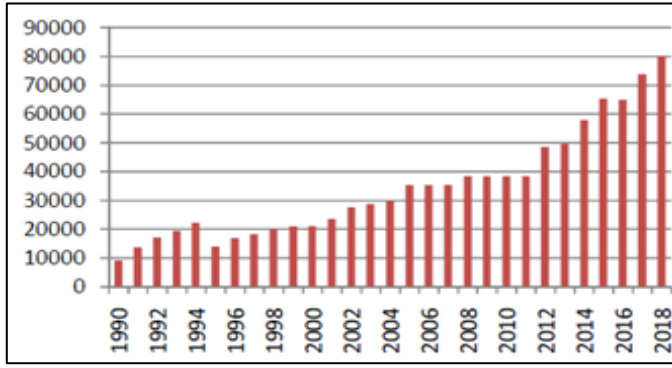


المصدر: "خلاصي عبد الاله، 2020-2019، ص 141".

-هيئات الضمان الاجتماعي:تم تأسيس هيئات الضمان الاجتماعي بعد اصلاحات1992، وتتكون هيئات الضمان الاجتماعي من صندوق التأمين للأجراء (CNAS) وصندوق التأمين لغير الاجراء (CASNOS) والصندوق الوطني للتقاعد (CNR)، تخص مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل الخدمات الصحية الخاصة بالمؤمنين وذوي الحقوق وتعتمد الجزائر على نظام التغطية الصحية الاجباري، حيث يقوم كل موظف بدفعاشتر ك بمعدلات متفاوتة وذلك شهريا، وقدرت مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي في المتوسط30 % من مجموع نفقات الصحية خلال فترة التسعينات وبداية الالفية وبعد سنة 2008 انخفضت الى اقل من 20% (شوال عماد الدين،2020-2019،ص125)، وبقيت على هذا الحال حتي سنة 2021 والشكل رقم (2) يوضح مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي خلال فترة (1990- 2018).

الشكل رقم (1): مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل النفقات الصحية في الجزائر خلال (1990- 2018)

الوحدة: مليون دج.



المصدر: "خلاصي عبد الاله، 2020-2019، ص 141".

مساهمة القطاع الخاص: يضم القطاع الصحي الخاص قطاعات العلاج الخاصة، قاعات جراحة الأسنان الخاصة، الصيدليات، مخابر التحاليل الطبية والأشعة، عيادات ومراكز الطبية لمختلف تخصصات، وتتمثل مساهمة القطاع الخاص في ما يدفعها الأشخاص الذين يمارسون المهن الحرة والذين لا يخضعون لأي نظام تأمين، حيث كان هذا النوع من المرضى عندما يستفيدون من العلاج في المستشفيات والهيكل الصحية العمومية يقومون بدفع نفقات العلاج مباشرة عند مغادرة هذه المستشفيات والهيكل الصحية العمومية التي قدمت لهم الخدمات الصحية.

ويجدر الإشارة الى أن المساهمة القطاع الخاص في تمويل النفقات الصحية كانت ضعيفة مقارنة مع الفئات السابقة الذكر، حيث قدرت بنسبة 10% في المتوسط من إجمالي النفقات الصحية الى غاية بداية الثمانيات وبعدها ارتفعت بداية من 1992 الى 22.62% ثم 31.1% في سن 1996، ومع بداية الالفية بلغت مساهمة القطاع الخاص في تمويل قطاع الصحة نسبة 27.63% سنة 2000، (عدمان مريزق، 2007-2008، ص180)

• **من حيث صناعة الأدوية:** دخل القطاع الخاص في الصناعة الدوائية مع صدور المرسوم التنفيذي رقم 92-285 المؤرخ في 06 جويلية 1992، والمتعلق بمنح رخص الاستغلال المؤسسات الخاصة المحلية والاجنبية لإنتاج المواد الصيدلانية وتوزيعها وبالتالي فهذا المرسوم هو الذي سهل على القطاع الخاص لاقتحام مجال الصناعة الدوائية. (لزهر بن عبد الرزاق، جمال خنشور، 2018، ص 666).

ويتشكل السوق الجزائري للأدوية من قطاعين رئيسيين بالنسبة للإنتاج والتوزيع على المستوى الوطني وهما:

- **القطاع العمومي (مجمع صيدال):** يعتبر المجمع المنتج الرئيسي للأدوية في الجزائر ، ويتشكل من 09 مصانع أدوية بقدرة انتاجية اجمالية تقدر ب200 مليون وحدة وينتج، وبتشكيلة متنوعة تضم 215 منتج صيدلاني، تخص 21 فئة علاجية.

- **القطاع الخاص (المنتجون والمستوردون الخواص):** يتشكل القطاع الخاص في السوق الوطنية للأدوية من المنتجين المحليين والذي قدر عددهم سنة 2015 ب 68 منتج محلي، ومن المستوردين الخواص حيث تم إحصاء 40 مستورد خلال نفس السنة، والجدول الموالي يبين مساهمة القطاع الخاص في الانتاج المحلي الاجمالي للأدوية خلال فترة 2013-2017

جدول رقم(4): نسبة مساهمة القطاع الخاص في صناعة الأدوية في الجزائر خلال (2013-2017)

البيان	السنوات	الإنتاج الخام	القيمة المضافة	فائض الاستغلال الصافي (الأرباح)
2013	30	36	24	
2014	19	28	18	
2015	20	28	17	
2016	27	42	37	
2017	35	45	40	

المصدر: "حسن بوزناق، 2019-2020، ص218".

من الجدول اعلاه نجد مساهمة القطاع الخاص من الانتاج الإجمالي المحلي للأدوية بين سنوات 2013 – 2017، نسبة في المتوسط ب 26.2% و اكبر معدل محقق خلال الفترة كان في 2017 ب 35% ، بالإضافة لذلك فالقطاع الخاص يحقق قيمة مضافة لبأس بها و ارباح معتبرة حيث قدرت ب 45% و 40% على التوالي خلال سنة 2017 وهذا ما يدل على ان الصناعة الدوائية في الجزائر مربحة ما شجع القطاع الخاص المحلي و الاجنبي على الاستثمار فيه وبشكل كبير خاصة في السنوات الاخيرة.

-تغطية الانتاج المحلي لسوق الادوية الجزائري: السوق الوطنية للأدوية قطاع يستقطب المستثمرين المحليين والاجانب على حد سواء، لأنه مرشح للنمو و الارتفاع، هذا من جهة ومن جهة أخرى الارتفاع في عدد السكان ومتوسط حياة الافراد ما يزيد من انفاق على الادوية، ما جعل قطاع الادوية في تحدي كبير لتحقيق تغطية الطلب المحلي، والجدول التالي يوضح تطور الانتاج الوطني للأدوية خلال الفترة 2010–2017 ونسبة تغطيته للطلب المحلي.

جدول رقم(5): تطور حجم الإنتاج الوطني للأدوية ونسبة التغطية الدوائية خلال فترة 2010-2017

السنوات	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
البيان								
حجم الإنتاج الوطني (مليار دج)	59,790	63,750	80,960	150,109	170,788	232,172	245,150	280,680
نسبة التغطية	%32,43	%32,67	%31,78	%45,25	%45,66	%56,39	%59,01	%60,63

Source: ministère du développement et de la promotion de l'investissement (2010-2017). P.09.

من خلال الجدول اعلاه نلاحظ ان الانتاج الوطني عرف نموا معتبرا حيث أين حقق في سنة 2010 مبلغ 59.790 مليار دج ليتضاعف ثلاث مرات خلال سنوات مسجلا 170.788 مليار دج اي بمعدل نمو 185.64%، ليستمر في النمو حيث وصل حجم الانتاج الوطني في سنة 2018 الى 280.680 مليار دج، وكان معدل النمو بين 2010 و 2017 يساوي الى 369,30%، ما يمكن الإشارة اليه ان النمو المرتفع والمستمر لحجم الانتاج الوطني للأدوية، هو الذي ساعد بشكل مباشر على ارتفاع معدل تغطية الطلب المحلي من الادوية التي ارتفعت بدورها من 32.43% سنة 2010 لتصل الى الضعف تقريبا في سنة 2017 ب

60,63% ورغم كل الانجازات التي حققها قطاع الصناعة الدوائية من حيث الانتاج ونسبة التغطية تبقى التغطية الى الخارج خاصة في بعض الادوية، ما يتطلب تطوير هذه الصناعة خاصة مع تواجد الامكانيات سواء في القطاع العام أو الخاص وبناء شراكة فعالة تساهم في تقليص من فتورة الدواء.

6. خاتمة:

تعتبر الشراكة في القطاع الصحي من الوسائل المهمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وهذا الطرح تبنته معظم الانظمة الصحية لمختلف الدول العالم، وحتى المنظمة العالمية لصحة تدعو الى ضرورة اقامة شراكة فعلية مع القطاع الخاص مبنية على التعاون والتكامل لتحقيق الاهداف المشتركة، وهي توفير الخدمات الصحية بشكل واسع وبجودة عالية، مع ضرورة مراعاة الجانب المالي للمستفيد منها وذلك بحمايته ماليا عن طريق تمويل النفقات من طرف هيئات مختصة.

والجزائر كباقي دول العالم اقامت الشراكة مع القطاع الخاص في المجال الصحي ولهذا الغرض وضعت الاطر القانونية والتنظيمية والادارية لنجاح عملية الشراكة فتبنت نظام التعاقد كنظام للشراكة في القطاع الصحي ومما سبق يمكننا الاستخلاص النتائج التالية:

- الشراكة بين القطاعين يجب ان تحددها القوانين والتنظيمات تتماشى مع اهداف كل قطاع .
- الشراكة في القطاع الصحي تلعب دورا مهما في تقديم الخدمات الصحية.
- القطاع الصحي الجزائري عرف عدة تطورات فيما الشراكة وحاولت السلطات تكييف القوانين الخاصة بالشراكة حسب كل مرحلة مر بها الاقتصاد الوطني.
- يساهم القطاع الصحي الخاص في الجزائر بشكل ملموس في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

• توجد نقائص فيما يخص الشراكة بين القطاعين في المجال الصحي في الجزائر يجب العمل تجاوزها.

من هذا المنطلق يمكننا اعطاء هذه الاقتراحات:

- يجب الاعتماد على الشراكة المبنية تحقيق الاهداف المشتركة بين القطاعين.
- ضرورة الاستثمار في القطاع الخاص الصحي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- لنجاح الشراكة في القطاع الصحي يجب توفير كل الاطر اللازمة لذلك من امكانيات مادية وبشرية ومالية.

• تقديم تسهيلات للقطاع الخاص الجزائري للاستثمار في الصناعة الدوائية لان هذا القطاع يمكن للجزائر ان تصبح رائدة في المنطقة.

7. قائمة المراجع:

- 1 عادل محمود الرشيد إدارة المشاريع بين القطاعين العام والخاص، المفاهيم- النماذج- التطبيقات، المنظمة العربية للتنمية الادارية، الطبعة الثانية، 2007، مصر.

²United Nation , (1998) "public - PrivatePartnership" : A new concept For infrastructure Développement , Économic Commission For Europe , new York .

³ هشام مصطفى محمد سالم الجمل ، الشراكة بين القطاعين العام والخاص كأداة لتحقيق التنمية المستدامة ، العدد الحادي والثلاثون ، الجزء الرابع ، جامعة الأزهر ، مصر ، 2016.

⁴ ليث عبد الله القهوي- بلال محمود الوادي، التحول من القطاع العام الى القطاع الخاص، دار حامد للنشر والتوزيع، الاردن 2012.

⁵ مروان قطب، الشراكة بين القطاعين العام والخاص في إقامة وتشغيل البنية التحتية في لبنان، أعمال مؤتمر الشراكة بين القطاع العام والخاص، مقارنة اقتصادية قانونية وميدانية، 2013.

⁶ رشيد فرهاد، المفاضلة بين القطاع العام والقطاع الخاص، دولة العراق نموذجا، أعمال المؤتمر: الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص مقارنة اقتصادية، قانونية، ميدانية، 2013.

⁷ علي محبوب، علي سنوسي، الشراكة بين القطاعين العام والخاص كأداة لتحقيق التنمية السياحية – الجزائر نموذجا-،الافاق للدراسات الاقتصادية، المجلد 5، العدد 2، 2020.

⁸ محمد صلاح: دور الشراكة بين القطاعين العام والخاص في رفع عوائد الاستثمار في البنى التحتية للاقتصاد وفق نظام البناء والتشغيل ونقل الملكية – حالة بعض اقتصادات الدول العربية، أطروحة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة حسيبة بن بوعلي السلف، سنة 2014-2015.

⁹ محمد متولي دكروري محمد، دراسة عن الشراكة مع القطاع الخاص مع التركيز على التجربة المصرية، وزارة المالية المصرية، مصر، بدون سنة نشر.

¹⁰ كسيدز، كريستين، خصخصة مشروعات البنية الاساسية: المتطلبات والبدائل والخبرات، المنظمة العربية للتنمية الادارية، مصر، 1997.

¹¹ منظمة الصحة العالمية - الدورة الخامسة والستون للمكتب الإقليمي للشرق الأوسط، ملخص تنفيذي حول "المشاركة مع القطاع الخاص للنهوض بالتغطية الصحية الشاملة" أكتوبر 2018.

¹² www.ecg.univ-guelma.dz/sites/sites/default/files/4-15.pdf.cunseltes 19/11/2021 20:56

¹³ شوال عماد الدين، تحليل النفقات العمومية الصحية في ظل السياسة الصحية للجزائر خلال الفترة 2015 -2018، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 3، 2019-2020.

¹⁴ www.application.emro.who.int/docs/rc-technical-papres-2018-

AR.pdf.consultés le 26/11/2021 a20 :40

¹⁵ منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير 2013.

- ¹⁶ صاري محمد فايزة، عواج بن عمر "أداء النظام الصحي الجزائري، دراسة تحليلية للمؤشرات" مجلة القانون العام الجزائري، المجلد السابع، العدد 1، جوان 2021.
- ¹⁷ ديفيد بيكلسن، وآخرون، توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصناع السياسات، تقرير مدى التغطية الصحية الشاملة لمؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية WISH، قطر 2015.
- ¹⁸ www.220.wish.org.qa/app/uploads/2021/01/AR-UHC-UTH-Feb-web.pdf 10/04/2022-01 :46
- ¹⁹ المرسوم التنفيذي رقم 07 / 321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007، المادة رقم 2.
- ²⁰ أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، اطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008-2009.
- ²¹ Saada Chougani , Miloud Kadder « expérience de contractualisation dans le secteur de sante en Algérie » journal d'économie médicale 2010 , vol 28 , ne 5
- ²² الجريدة الرسمية رقم 46 الصادرة يوم 29 يوليو 2018، القانون رقم 18-11 المؤرخ يوم 02 يوليو 2018، المواد 04،12،14،16،17.
- ²³ الديوان الوطني للإحصائيات، حوصلة احصائية 1962-2011.
- ²⁴ الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، نشرة 2016 رقم 46، نتائج 2013-2015، نشرة 2018 رقم 48، نتائج 2015-2017، نشرة 2021 رقم 49، نتائج 2016-2018
- ²⁵ Ministère de la santé ;de la population et de la reformehospitalière ; la santé des algérienne et **des algériens ; décembre 2004 (données 1995-2002).**
- ²⁶ Ministère de la santé ;de la population et de la reforme hospitalière ;politique nationale de la santé ;Evaluation et perspectives version actualisée ; Alger 02 oct.2007.
- ²⁷ Lamri Larbi ;dossier de contractualisation ; le gestionnaire ; revue semestrielle de l'école nationale de santé publique ;ne 28 juillet 1998.
- ²⁸ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير ، جامعة الجزائر، 2007-2008.
- ²⁹ خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018 ، اطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية ، جامعة تلمسان، 2019-2020.
- ³⁰ لزهر بن عبد الرزاق، جمال خنشور ، دور السياسات الصناعية في تطوير صناعة الدواء في الجزائر، مجلة البحوث الاقتصادية والمالية، المجلد 5، العدد 1، 2018.
- ³¹ حسن بوزناق، التسيير الحديث للكفاءات في المؤسسة كمدخل لتحقيق الميزة التنافسية - دراسة حالة المجمع الصناعي صيدال -اطروحة دكتوراه في علوم التسيير ،جامعة باتنة 1، الجزائر، 2019-2020.

³²Ministère du développement et de la promotion de l'investissement (2010-2017).