

## دراسة مقارنة لمساهمة كل من القطاع العام والخاص في تحسين الخدمات الصحية في الجزائر

### *A comparative study of the contribution of both the public and private sectors in improving health services in Algeria*

شيخ محمد، مخبر الحوكمة العمومية والاقتصاد الاجتماعي (GPES)، جامعة تلمسان،  
[chikh.mohammed@univ-tlemcen.dz](mailto:chikh.mohammed@univ-tlemcen.dz)

تاريخ النشر: 2023/06/10

تاريخ القبول: 2021/01/11

تاريخ الاستلام: 2020/08/15

**ملخص:** هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مساهمة كل من القطاعين العام والخاص الصحي ودراسة أثرهما في تحسين الخدمات الصحية لتحقيق التنمية البشرية في الجزائر وهذا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي. توصلت الدراسة إلى أن مساهمة القطاع الخاص ضعيفة من ناحية الإمكانيات المادية (معدل التغطية بأسرة المستشفيات) والمالية وأنه توجد علاقة تنافس بينها فيما يخص استقطاب الموارد البشرية ما أثر على جودة الخدمات المقدمة في كلا القطاعين والتي لا تعكس حجم الجهود المبذولة والانفاق المخصص لها.

الكلمات المفتاحية: الخدمات الصحية؛ القطاع العام؛ القطاع الخاص؛

تصنيف JEL: I130، I150، H420

**Abstract:** This study aimed to identify the contribution of both the public and private health sectors and study their impact in improving health services to achieve human development in Algeria, using the descriptive and analytical approach. The study found that the contribution of the private sector is weak in terms of financial capabilities (the rate of hospital bed coverage) and that there is a competitive relationship between them in terms of attracting human resources, which affected the quality of services provided in both sectors, which does not reflect the size of the efforts made and the spending allocated to them.

**keyword:** Health Services; Public sector; private sector;

**JEL classification code :** I130, I150, H420

المؤلف المرسل: محمد شيخ،

الإيميل: [chikh.mohammed@univ-tlemcen.dz](mailto:chikh.mohammed@univ-tlemcen.dz)

## 1. مقدمة:

تعتبر الصحة ركنا أساسيا من أركان التنمية البشرية لأنها نقطة الارتكاز التي يقوم عليها النشاط الإنساني وهي تمثل كذلك عنصرا جوهريا لأمن الانسان لأن البقاء والحماية من المرض هما في صلب مختلف مفاهيم الرفاه البشري فالصحة الجيدة هي التي تمكن المرء من الاختيار والتمتع بالحرية وإحراز التقدم أما تردي الصحة في حالات المرض والإصابة والعجز فانه يقوض هذه القدرات الإنسانية الأساسية.

ونظرا للأهمية الكبيرة للصحة في تخفيض الفقر واللامساواة في العالم واعتبارها جزءا من استراتيجية التنمية المستدامة الواجب على دول العالم تحقيقها مطلع 2030، أوصت معظم الهيئات الدولية على ضرورة زيادة مساهمة قطاع الصحة في الناتج المحلي وهذا بمشاركة وتظافر كامل الفاعلين من دولة، قطاع خاص، مجتمع مدني من أجل تحقيق هذه الأهداف.

فتاريخيا، كانت الدولة هي المسؤول الوحيد عن الخدمات الصحية، وقد عرف هذا الدور تشكيكا بشأن مقدرة القطاع العام على تقديم خدمات صحية كافية من طرف المجتمع الدولي والنظرية الاقتصادية (النهج الليبرالي كنظرية الخيارات العمومية) بحجة أن خدمات القطاع الخاص دائما ما تكون أفضل لاعتبارات الكفاءة و الفعالية في إدارة الموارد عكس القطاع العام ، يعود الانفتاح على القطاع الخاص لتوفير الخدمات الصحية في معظم دول العالم إلى برامج التكيف الهيكلي التي قادها البنك الدولي / صندوق النقد الدولي في الثمانينيات والتسعينيات، و التي أدت لتخفيضات في الإنفاق العام (BENLOULOU Salim Badreddine et KHALDI (Mustapha, 2015, p. 02)، مما قوّض توفير الخدمات الصحية للقطاع العام وأدى إلى زيادة دور القطاع الخاص في الرعاية الصحية فمعظم الدول التي تبنت هذا البرنامج زادت و تفاقمت فيها اللامساواة والحرمان من الحصول على الخدمات الصحية و زادت الفجوة بين شريحة الفقراء و شريحة الأغنياء، بحيث ان هذا الأخيرة هي الفئة الأكثر استفادة من الفئات الأشد حاجة لهذه الخدمات (Oxfam, 2019, p. 19)، و كنتيجة لفشل هذا البرنامج صدرت عدة تقارير و دراسات من مؤسسات دولية أكدت على الدور الرئيسي للدولة في مجال الصحة كصندوق النقد الدولي الذي أكد "أن الانفاق العام على الصحة و التعليم و الحماية الاجتماعية هو من أهم الأدوات المتاحة للحكومات من أجل خفض انعدام المساواة و الفقر" (Oxfam, p. 20)، كما جاء أيضا تقرير التنمية البشرية لعام 1994 " الصحة حق من حقوق الانسان بالنسبة للفرد وسلعة

عامة يجب أن تكون في متناول الجميع وأن من واجبات الدولة ومن مصلحتها أن تضمن هذا الحق الأساسي الذي يمثل بالنسبة لها التزاماً أخلاقياً وشرطاً إلزامياً لبقائها"، وعلى هذا اثر هذا الجدول قامت عدة دول بإصلاحات لدور الدولة فظهرت في معظم دول العالم ازدواجية النظام الصحي، أي تنظيم الخدمات الصحية على أساس مبدئين متعارضين : خدمات صحية تقدم بالمجان وهي متمثلة في المستشفيات الحكومية، وخدمات صحية تتفق من أجلها الأموال تتمثل في المستشفيات الخاصة، وقد تطورت عبر مر الزمن مساهمة النسبية للقطاعين العام و الخاص في توفير الخدمات الصحية فحسب منظمة أوكسفام لسنة 2019 "يساهم القطاع العام في توفير الرعاية الصحية بنسبة 90% و القطاع الخاص بنسبة 8% بالدول الفقيرة" كما تناولت عدة دراسات في العالم اشكالية كفاءة و فعالية الخدمات بين القطاع العام و الخاص كدراسة هولينغسورث (Hollingsworth B) والتي أجري من خلالها تحليلاً تجميعياً لـ 317 من الأعمال المنشورة حول مقاييس الكفاءة وخلص إلى أن "توفير القطاع العام قد يكون أكثر كفاءة من القطاع الخاص"، أي أن متوسط مستوى كفاءة المستشفيات الربحية بنسبة 80.1% والعامة بنسبة 88.1% (Justine Hsu, 2010, p. 02)، كما توصلت إلى نفس النتيجة دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية " المستشفيات غير هادفة للربح كانت أحسن كفاءة من المستشفيات الهادفة للربح"، دراسة أجريت في ألمانيا خلصت إلى أن المستشفيات الخاصة أحسن كفاءة من المستشفيات العامة من الناحية التكنولوجية، أما دراسة (masye) فطرقت إلى قياس الكفاءة النسبية في مستشفيات زامبيا و توصلت إلى أن "متوسطي الكفاءة 73% في المستشفيات الخاصة و 63% في المستشفيات العامة (WHO, 2010, p. 96) معظم الدراسات السابقة والتقارير توصلت إلى أن القطاع العام في توفيره للخدمات الصحية هو أكفأ من القطاع الخاص من ناحية الوصول إلى الخدمات (أي المساواة بين كامل فئات المجتمع في الحصول على الخدمات الصحية) وأن القطاع الخاص أكفأ من القطاع العام من الناحية التكنولوجية وجودة تقديم الخدمة فهل هذه النتائج يمكن تعميمها على الجزائر؟ مع العلم أن منظومة الصحية في الجزائر هي منظومة مزدوجة مكونة من قطاع عام مهيم لمدة ثلاثة عقود من الزمن، مازال يحتفظ بالمكتسبات السابقة كمجانية العلاج التي تواصل تكريسها في قانون الصحة لعام 2018 الذي زاد من الضغط على القطاع العام في ظل التحديات الاقتصادية الراهنة وقطاع خاص سريع النمو وغير منظم يستثمر في ضعف والأزمات التي يعاني منها القطاع العام.

من خلال ما سبق نطرح الإشكالية التالية:

- ما هو القطاع الأحسن فعالية في تقديم الخدمات الصحية في الجزائر القطاع العام أم القطاع

الخاص؟

وللإجابة على الإشكالية استخدمنا المنهج الوصفي التحليلي الملائم لطبيعة هذه الدراسة التي تهدف إلى دراسة مساهمة كل من القطاع العام والخاص في المنظومة الصحية والتعرف على العلاقة التي تربطهما هل علاقة تنافس أم تكامل لتحقيق الاستراتيجية الصحية في الجزائر وقد قسمت هذه الدراسة إلى ثلاث محاور:

أولاً: مدخل مفاهيمي للخدمات الصحية.

ثانياً: المساهمة النسبية للقطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية في الجزائر.

ثالثاً: تقييم المنظومة الصحي.

## 2. مدخل مفاهيمي للخدمات الصحية:

سننطلق في هذا الفرع إلى أهم المفاهيم التي تتعلق بالخدمات الصحية ودور كل من الدولة والقطاع الخاص في الأدبيات الاقتصادية.

### 1.2. مفهوم الخدمات الصحية:

تعرف الخدمة الصحية " بأنها عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية " (Adman Murizik, 2011).

### 2.2. الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية:

تتسم الخدمات الصحية بعدة خصائص اقتصادية تتمثل فيما يلي: (Al-damrash I. , 2006)

- الخدمات الصحية سلعا جماعية: فالسلعة الجماعية هي السلع التي يستفيد جميع الأفراد من منافعها على السواء، أي لا يتم استهلاكها من طرف فرد واحد فقط، وهي تنطبق على الخدمات الصحية فتحسن صحة الفرد يفيد جميع الأسرة وليس هو لوحده، أي أنها تولد آثار خارجية إيجابية على جميع أفراد المجتمع، ولهذا في معظم دول العالم تتدخل الدولة من أجل إنتاجها وتقديمها مجانا أو شبه مجانا للأفراد أو من خلال القطاع الخاص شرط الرقابة والإشراف عليه (Adman Murizik, 2011).

-الخدمات الصحية إنفاق استهلاكي: تعرف السلع الاستهلاكية بأنها السلع التي يشتريها المستهلك عادة من أجل الإشباع(المنفعة)إما بصورة مباشرة أو على شكل تدفق خدمات فمثلا شراء الأفراد للأدوية واستهلاكها يؤدي إلى اشباع مباشر بينما شراء جهاز قياس الضغط أو السكر يقدم خدمات على فترة زمنية غير محدودة ،وهو ما ينطبق على الخدمات الصحية الذي يرى مؤيدي المفهوم الاستهلاكي لها أن تحسين المستوى الصحي للسكان يؤدي إلى زيادة الرفاهية للمجتمع برفع الاستهلاك الذي ينعكس بتحسين معيشة الأفراد واستمتاعهم بعيشهم بصورة أحسن.

- تخضع أسواق الخدمات الصحة إلى جانب كبير من التدخل الحكومي والتنظيم: يظهر هذا جليا من خلال ملكية الدولة او الحكومة لأغلب الوحدات الصحية لإنتاج الخدمات الصحية وتدخلها في تحديد قواعد ومنهج عمل كل المؤسسات الصحية سواءا كانت عامة أو خاصة من خلال فرض القوانين ومنح التراخيص وتسعير الخدمات، .... الخ (Al-damrash I. , 2000)

- كثافة استخدام عنصر العمل: تتسم الخدمات الصحية بميزة كثافة اليد العاملة من أطباء، ممرضين، تقنيين وإداريين التي تدخل في انتاج الخدمات الصحية الذي يعتبر قطاع يتميز ببطء نمو إنتاجيته عكس القطاعات الاقتصادية الأخرى.

3.2. نماذج توفير وتمويل الخدمات الصحية: يعتبر الفصل بين أدوار القطاعين العام والخاص من حيث التمويل والتوفير للخدمات الصحية إحدى أهم الإسهامات المهمة في تطوير نماذج فعالة لتقديم الخدمات، يتم تقديم الخدمات الصحية في العالم وفق خليط يضم عدة نماذج كما هو موضح في الشكل الموالي (Guinness, 2015, p. 207)

### الشكل 1: نماذج توفير وتمويل الخدمات الصحية

|         |     |     |
|---------|-----|-----|
|         | عام | خاص |
| التوفير | (1) | (2) |
| التمويل | (3) | (4) |

المصدر: (ازمان، 2015، صفحة 207)

- (1): نموذج التوفير والتمويل العام: يقوم هذا النموذج على تقديم الحكومة أو الدولة للخدمات الصحية ودفعتها وتقدم مجاناً أو شبه مجاناً (مثلاً الجزائر تقدم بأسعار رمزية 50دج)، تؤدي هذه الخدمات في معظم البلدان إلى عدم كفاية التمويل وضعف جودة الخدمات خاصة على المستوى المحلي، مثل المستشفيات الحكومية، الصيدليات الحكومية، قاعات العلاج... الخ.
- (2): نموذج التوفير الخاص والتمويل العام: يعتبر هذا النموذج شكل من أشكال الشراكة بحيث يقوم على تقديم القطاع الخاص لهذه الخدمات بتمويل من الدولة يكون التمويل من خلال مدفوعات تقوم بدفعها الوكالات العمومية للمستشفيات الخاصة مباشرة.
- (3): نموذج التوفير العام والتمويل الخاص: أيضاً يعتبر هذا النموذج شكل من أشكال الشراكة بين القطاع العمومي والخاص بحيث يقوم على تقديم الحكومة أو الدولة لهذه الخدمات وبتمويل خاص يكون التمويل من خلال ترتيبات خاصة كالتأمين الخاص، الرسوم المباشرة،... الخ.
- (4): نموذج التوفير والتمويل الخاص: هو شكل من أشكال الخصوصية يقوم هذا النموذج على أن القطاع الخاص هو الذي يقدم الخدمات وهو من يمولها، تكون الخدمات المقدمة مدفوعة (غير مجانية)، تدفع رسوم الخدمات المقدمة إما عن طريق مؤسسات التأمين أو الدفع المباشر من الفرد، تختلف الجودة من ممتازة إلى رديئة اعتماداً على مهارات ونزاهة مقدمي الخدمات، تكون هذه المنشآت مملوكة عادة لمؤسسات خيرية غير ربحية أو مؤسسات ربحية مثل المستشفيات والعيادات الخاصة، الصيدليات الخاصة،... الخ.

## 4.2 المساهمة النسبية للقطاعين العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية في

### الجزائر:

يعرف النظام الصحي بأنه مجموعة من الأنشطة والوسائل التي تهدف إلى حماية صحة السكان وتعزيزها، منظم بحيث يتمكن من تلبية كافة الاحتياجات الصحية للسكان، فهدف النظام الصحي يتمثل في تعظيم صحة السكان (الفعالية) احتمالاً على الموارد المتوفرة (التكلفة) (Boufasa & Saed, 2017, p. 198)، يتم عرض الخدمات الصحية في الجزائر من خلال ثلاث قطاعات غير متساوية الأهمية: قطاع عام مهيم، وقطاع خاص سريع التوسع وقطاع شبه عام وفيما يلي سنتطرق إلى دراسة مساهمة كل قطاع و هذا من خلال تحليل الإمكانيات المالية، المادية والبشرية لكل قطاع ونسبة مساهمته في المنظومة الصحية.

### 1.3. لمحة عن تطور القطاعين العام والخاص:

- القطاع العام: عرفت هياكل قطاع الصحة تطورا ملحوظا خصوصا مع بداية الألفية الأخيرة مع بداية تطبيق برنامج الانعاش الاقتصادي ، حيث ارتفعت عدد الهياكل الصحية الجوارية في الفترة ما بين 2005 الى 2018 بحوالي ثلاثة أضعاف فانقلت من 3086 سنة 2005 إلى 9531 سنة 2018 بزيادة تقدر ب200 بالمائة و احسن فترة هي بين 2005 و2010 بزيادة 5584 وحدة صحية، أما فيما يخص المؤسسات الصحية الاستشفائية فقد شهدت استقرارا في ارتفاع عدد المنشآت بمعدل 12 بالمائة أي بزيادة 33 منشأة في مدة 13 سنة حيث احصي في بداية الفترة وجود 277 مؤسسة استشفائية وصلت في نهاية الفترة إلى 310 مؤسسة استشفائية. من خلال المقارنة بين تطور الهياكل الاستشفائية والجوارية في القطاع العام يتبين تركيزه على الاستثمار في الخدمات العلاجية والوقائية عوضا عن الخدمات الاستشفائية الأعلى تكلفة من خلال توجيه جل مشاريعها لمضاعفة الهياكل على المستوى الجوارية (القاعدي) لإيصال الخدمات الصحية لأكبر عدد ممكن من الأفراد والمناطق لتحقيق التغطية الشاملة والانصاف.



المصدر: (Ministère de la Santé)

- القطاع الخاص: عرف عدد الهياكل الخاصة تطورا سريعا و مستمرا منذ بداية نشاطه ( كرسست الممارسة من قبل الخواص في الجزائر بموجب قانون الصحة 85-05 الصادر في 16 فيفري 1985، في حين فتح قانون 88-204 المؤرخ في 3 ماي 1988 المجال أمام العيادات الخاصة)، حيث تضاعفت الهياكل الاستشفائية الخاصة في الفترة بين 2005 و 2018 بحوالي النصف فانقلت من 277 سنة 2005 إلى 531 سنة 2018 بزيادة تقدر ب91 بالمائة، أما الهياكل الصحية غير الاستشفائية فقد شهدت هي أيضا ارتفاعا كبيرا بمعدل ثلاثة أضعاف فقد احصي في بداية الفترة وجود 20723 و وصلت في نهاية الفترة إلى 38540، وبالمقارنة بين

تطور الهياكل الاستشفائية وغير الاستشفائية في الفترة بين 2005 و 2018 أن القطاع الخاص أيضا يستثمر في الخدمات العلاجية و التشخيص أكثر من الخدمات الاستشفائية بحثا عن الربح كمخابر التحاليل و مراكز الأشعة، العيادات الفردية،... الخ.



المصدر: (Ministère de la Santé)

### 2.3. مساهمة القطاع العام والخاص في الامكانيات المادية:

تسمح المقارنة بين الامكانيات المتوفرة لدى القطاعين العام والخاص من حيث الأسرة والأجهزة والمعدات في دراسة نسبة مساهمة كل قطاع والتعرف على القدرات الاستيعابية لكل منهما:

- مساهمة القطاع العام والخاص في إجمالي الأسرة بالمستشفيات:

تعتبر الاحصائيات المتعلقة بالقدرات الاستيعابية (عدد الأسرة) للمؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع الخاص قليلة وغير دقيقة و التي تمكن من تقدير الامكانيات الحقيقية للقطاع الخاص ومدى مساهمته في النشاط الاستشفائي بالجزائر، فعموما عرفت التغطية بعدد الأسرة في الجزائر استقرار في الفترة 2001-2015 بالرغم من تضاعف عدد الأسرة في هذه الفترة نتيجة زيادة عدد المنشآت والذي صاحبه أيضا ارتفاع موازي في عدد السكان لنمو عدد الأسرة، يقدر معدل التغطية بالأسرة في الجزائر ب1,93 سرير لكل 1000 شخص لسنة 2015 والجدول الموالي يوضح تطور عدد الاسرة و معدل التغطية و مساهمة كل قطاع في إجمالي الأسرة المتوفرة في الجزائر.



الجدول 1: توزيع عدد الأسرة في القطاعين العام و الخاص في الفترة (2001-2015):

| القطاع الخاص |        |      | القطاع العام |       |       | الإجمالي |       |        |                                  |
|--------------|--------|------|--------------|-------|-------|----------|-------|--------|----------------------------------|
| 2015         | 2007   | 2001 | 2015         | 2007  | 2001  | 2015     | 2007  | 2001   |                                  |
| ***5475      | **4116 | 2400 | 71770        | 61846 | 57600 | 77245    | 65962 | *60000 | عدد الأسرة                       |
| %6           | %6     | %4   | %94          | %94   | ***96 | %100     |       |        | النسبة المئوية (%)               |
| 0,18         | 0,1    | 0,07 | 2,10         | 1,81  | 1,77  | 1,93     | 2,24  | 1,94   | معدل التغطية (سرير لكل 1000 شخص) |

المصدر: (Ministère de la Santé, 2003, p. 18) \*، (Chaoui, ACHOUR, & Fikri Benbrahim, 2012, p. 75) \*\*.

\*\*\* (Ministère de la Santé, 2015) .

يشير الجدول السابق إلى أن:

- القطاع العام هو الموفر الرئيسي للخدمات الاستشفائية بالرغم من الانخفاض الطفيف في نسبة المساهمة في إجمالي عدد الأسرة حيث بلغت نسبة 94% سنة 2015 بحيث ارتفعت عدد الأسرة في الفترة من 2001-2015 بنسبة 19,80% أما معدل التغطية بالأسرة فقد عرف تحسنا في هذه الفترة حيث بلغ سنة 2015 2,10 سرير لكل 1000 شخص، يرجع هذا التحسن إلى البرامج والاستثمارات في البنية التحتية التي المنجزة من الاستقلال إلى يومنا هذا من أجل تحسين الخدمات الاستشفائية باعتبار المستشفيات هي الركيزة الأساسية لتوفير الخدمات الصحية لأغلب فئات المجتمع وفي كامل المناطق مجانا.

- تعتبر مساهمة القطاع الخاص في أسرة المستشفيات متواضعة حيث بلغت نسبة مساهمته في إجمالي عدد الأسرة سنة 2015 06% بعد أن كانت 04% سنة 2001 أما في الفترة من 2001 إلى 2015 ارتفعت عدد الأسرة من 2400 في بداية الفترة إلى 4985 في نهاية الفترة بزيادة قدرها 51%، فيما يخص نسبة التغطية في نفس الفترة فهي شبه معدومة، يعود ضعف مساهمة القطاع الخاص في إجمالي الأسرة والتغطية بالأسرة إلى عزوف هذا الأخير عن الاستثمار في المؤسسات الاستشفائية حيث أن 47% من منشآت القطاع الخاص لسنة 2018 تتوزع بين مراكز تصفية الدم ومراكز طبية وعيادات تشخيص ومعظم هذه المنشآت لا تتوفر على عدد كبير من الأسرة.

- مساهمة القطاعين العام والخاص في الوسائل والتجهيزات:

قدر العدد الإجمالي للتجهيزات الطبية في القطاع العام سنة 2000، بـ 22049 جهازا طبيا، في سنة 2000 منها 4167 جهازا معطلا أو ما يعادل 19%، وأغلبية هذه الأجهزة موجودة على مستوى القطاعات الصحية (56%)، والمراكز الاستشفائية الجامعية (40%) (CNES, 2002,

(p. 65)، أما في الفترة بين 2000 و2018 فقد ارتفعت نسبة الأجهزة الطبية ب 67% أي بزيادة 15116 جهاز حيث قدرت سنة 2018 ب 37165 جهاز طبي منها 3877 جهاز معطل أي 10% و هذا ما يبين تحسن في صيانة الأجهزة الطبية.

من ناحية أخرى، لدى القطاع الخاص حصة كبيرة من معدات التصوير الطبي، خاصة الأعلى منها: حيث أحصي في سنة 2000، امتلاكه 89% من المساحات الضوئية و 45% من المساحات فوق الصوتية و 17% من أجهزة الأشعة كلها في حالة عمل، كما يتوفر على 14% من الوحدات الجراحية وفي المقابل نلاحظ من الجدول الموالي أن القطاع العام مقارنة مع القطاع الخاص يمتلك حصة كبيرة من الأجهزة القديمة وقليل من الأجهزة الحديثة كالمساح الضوئي عكس القطاع الخاص وهذا ما يوضحه الجدول رقم (02).

الجدول 2: الأجهزة المتوفرة في القطاعين العام والخاص لسنة 2000

| Blocs chirurgicaux | Echographe | Radio | Scanner |     |
|--------------------|------------|-------|---------|-----|
| 1019               | 264        | 1328  | 06      | عام |
| % 86               | % 55       | % 83  | %11     |     |
| 167                | 212        | 277   | 47      | خاص |
| %14                | %45        | %17   | %89     |     |

المصدر: (Ministère de la Santé, 2003, p. 19)

### 3.3. مساهمة القطاع العام والخاص في الإمكانيات المالية:

سنستعرض في هذا الجزء الإمكانيات المالية المخصصة لقطاع الصحة في الجزائر، من حيث نسبة مساهمة كل قطاع في إجمالي الانفاق الصحي.

الجدول 3: توزيع الانفاق الصحي في الجزائر في الفترة 2000-2016:

| الإنتفاق الخاص على الصحة                 |  | الإنتفاق الحكومي العام على الصحة      |                                       | إجمالي الإنتفاق على الصحة             |                                       |                 |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| كتمية مئوية من إجمالي الإنتفاق على الصحة | كتمية مئوية من إجمالي الإنتفاق على الصحة | كتمية مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | كتمية مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | كتمية مئوية من الناتج المحلي الإجمالي | كتمية مئوية من الناتج المحلي الإجمالي |                 |
| 2016                                     | 2000                                     | 2016                                  | 2000                                  | 2016                                  | 2000                                  |                 |
| 32,3                                     | 28                                       | 67,7                                  | 72                                    | 6,4                                   | 3,5                                   | المستوى الوطني  |
| 25,5                                     | 42,1                                     | 74,3                                  | 57,7                                  | 10                                    | 8,6                                   | المستوى العالمي |
| 40,9                                     | 44,9                                     | 58,6                                  | 54,9                                  | 4,9                                   | 4                                     | المستوى العربي  |

المصدر: من اعداد الباحث بالاعتماد على قاعدة معطيات البنك الدولي.

يشير الجدول السابق إلى ارتفاع نسبة الانفاق الصحي من الناتج المحلي الاجمالي في الفترة بين 2000 و 2016 و لكن تبقى هذه النسبة 6,6 % أحسن من المستوى العربي 4,9% و أقل من

المستوى العالمي 10% لسنة 2016، و فيما يخص مساهمة الانفاق الحكومي في إجمالي الانفاق العام على الصحة يبقى القطاع العام هو الممول الرئيسي بنسبة 67,7 سنة 2017 مقابل 72% سنة 2000، أما نسبة الانفاق الخاص من إجمالي الانفاق على الصحة فقد شهدت ارتفاعا في الفترة من 2000-2016 حيث كانت سنة 2000 نسبة 28% لترتفع سنة 2016 لـ 32,3%، يعود هذا التحسن إلى الزيادة الكبيرة في عدد العيادات الخاصة خلال هذه الفترة، فضلا عن الاقبال الكبير للأفراد على القطاع الخاص مقابل ارتفاع رسوم الكشف المدفوعة من الجيب في ظل حرية تسعير الخدمات الصحية في القطاع الخاص وضعف تغطيتها من مؤسسات الضمان الاجتماعي حيث بلغ الانفاق من الجيب 30,9% من إجمالي الانفاق على الصحة سنة 2016 و هي مؤشر يعبر عن فشل المنظومة الصحية المبنية على الدعم وتطرح إشكالية مدى كفاءة الانفاق العمومي الذي يلعب دورا رئيسا في زيادة المساواة في الوصول إلى الخدمات الصحية.

### 4.3. مساهمة القطاع العام والخاص في إجمالي الممارسين الطبيين وشبه الطبيين ومعدل التغطية بالموارد البشرية:

إن للتغطية الصحية بالموارد البشرية مدلول كبير على الحالة الصحية وعلى مدى كفاية أعداد الأطباء والممرضين للوصول إلى الخدمات الصحية ولتحقيق أهداف النمو في القطاع الصحي لتحقيق التغطية الشاملة، فقد عرفت عموما تحسنا ملحوظا خلال الفترة 2000-2018 فقد تضاعفت أعداد جميع الممارسين الطبيين و تغيرت نسبة مساهمة كل قطاع في إجمالي عدد الممارسين الطبيين حيث تعتبر التغطية في القطاع العام (طبيب لكل 789 ساكن) أحسن من القطاع الخاص (طبيب لكل 1013 ساكن) سنة 2018، أما التغطية بالشبه الطبي القطاع الخاص حسب الاحصائيات المتاحة فهي تغطية ضعيفة جدا (ممرض لكل 17561 ساكن) مقابل القطاع العام (ممرض لكل 349 ساكن).

الجدول 4: تطور عدد الممارسين الطبيين و الشبه طبيين و معدل التغطية حسب القطاع في الجزائر في الفترة (2000-2018).

| 2018   |         | 2000  |        | العدد الإجمالي للممارسين |       |                         |
|--------|---------|-------|--------|--------------------------|-------|-------------------------|
| عام    | خاص     | عام   | خاص    | 2018                     | 2000  |                         |
| 9226   | 25605   | 5803  | 11381  | 34831                    | 17148 | طبيب عام                |
| %26    | %74     | %34   | %66    |                          |       |                         |
| 4616   | 1663    | 5241  | 2673   | 1222                     | 1770  | طبيب عام لكل.....ساكن   |
| 14141  | 19565   | 4522  | 4175   | 33706                    | 8697  | طبيب مختص               |
| %42    | %58     | %52   | %48    |                          |       |                         |
| 3012   | 2177    | 6726  | 7285   | 1263                     | 3497  | كبيب مختص لكل.....ساكن  |
| 7936   | 6767    | 3346  | 4665   | 14703                    | 8011  | طبيب أستاذ              |
| %54    | %46     | %42   | %58    |                          |       |                         |
| 5366   | 6293    | 9090  | 6525   | 2894                     | 3797  | كبيب أستاذ لكل.....ساكن |
| 10731  | 2066    | 4587  | 216    | 12797                    | 4803  | صينيلى                  |
| %84    | %16     | %96   | %04    |                          |       |                         |
| 3964   | 20613   | 6631  | 140814 | 3327                     | 6333  | صينيلى كل.....ساكن      |
| 42034  | 54003   | 18258 | 20437  | 96037                    | 38659 | إجمالي الاطباء          |
| %43    | %56     | %47   | %53    |                          |       |                         |
| 1013   | 789     | 1666  | 1488   | 434                      | 787   | كبيب لكل.....ساكن       |
| *2425  | *121976 | -     | 87012  | *124401                  | 87012 | شبه الطبيين             |
| % 1.94 | % 98.06 | -     | -      |                          |       |                         |
| 17561  | 349     | -     | 350    | 314                      | -     | مرض لكل.....ساكن        |

المصدر: بيانات تخص سنة 2015، (Ministère de la Santé, 2014, p. 14)، (Ministère de la Santé, 2018, p. 537)، (Ministère de la Santé, 2015).

من خلال الجدول السابق يتضح لنا أن:

- أن أكبر نسبة من إجمالي الأطباء يشتغلون في القطاع العام من حيث بلغت نسبة 53% إجمالي عدد الأطباء سنة 2000 ليرتفع النسبة سنة 2018 إلى 56% بزيادة قدرها 3% ويرجع هذا الارتفاع إلى زيادة فتح مناصب توظيف جديدة بهدف تطوير النظام الصحي في هذه الفترة، أما القطاع الخاص شهد ارتفاعا في الفترة ما بين 2000 و 2018 فيما يخص عدد إجمالي الأطباء الذين ينشطون به بزيادة قدرها 57% و أما بالنسبة للعدد الإجمالي للأطباء فقد انخفضت بنسبة قدرها 3% حيث تفسر هذه النتائج بأن صدور القانون الذي يسمح لمنتسبي القطاع العام بالازدواجية في النشاط، جعلهم يتمسكون بوظائفهم بالقطاع العام لأنهم يرونه أنه يضمن لهم الدخل و الاستقرار الوظيفي و يساهم في تحقيق تطلعاتهم المهنية بالرغم من جاذبية القطاع الخاص الأعلى أجرا والأكثر حوافزا، لكن تبقى احصائيات القطاع الخاص حول عدد الأطباء المنتسبين له غير دقيقة حسب دراسة التي أجراها الباحث (Ahcene zehnati) حول نشاط العيادات الخاصة وأيضا لقلة الدراسات والاحصائيات التي تتعلق بهذا الموضوع بالخصوص في إحصاء الأطباء مزدوجي النشاط هل يتم إحصاءهم فقط ضمن القطاع العام أم أيضا القطاع الخاص.

- أن النسبة كبيرة من الأطباء العامين والاختصاصيين يشغلون في القطاع العام، فقد ارتفع عددهم بنسبة قدرها على التوالي 8% و 10% بين الفترة 2000 و 2018 حيث كان عددهم على التوالي سنة 2000 11381 ، 4175 (قطاع عام)، 5803 و 4522 (قطاع خاص)، ليبلغ عددهم سنة 2018 25605 ، 19565 (قطاع عام) و 9226 و 14141 (قطاع خاص).

- يساهم القطاع الخاص بنسبة أكبر من القطاع العام بأطباء الاسنان بحيث بلغت النسبة 54% (46% قطاع عام) سنة 2018 مرتفعة عن سنة 2000 ب 12% (42% قطاع خاص، 58% قطاع عام) حيث يعود هذا إلى زيادة منح الدولة لتراخيص فتح عيادات خاصة بطب وجراحة الأسنان فقد بلغت سنة 2018 7526 عيادة (Ministère de la Santé, 2018, p. 111).

- فيما يخص الصيدالة فإن معظم الصيداللة يشتغلون في القطاع الخاص بنسبة 84 بالمائة سنة 2018 بعد أن كانت سنة 2000 نسبة 96% هذا يعود إلى إجراءات حوصصة الصيدليات العمومية التي قامت بها الدولة في التسعينيات وألحقت خدمة توزيع الأدوية بالقطاع الخاص عدا بعض الصيدليات الملحقة بالمستشفيات الجامعية.

- تعتبر البيانات حول عدد موظفي الشبه الطبي في القطاع الخاص منعدمة، فحسب البيانات المتاحة لدينا لسنة 2015 يشكل عددهم نسبة 1,94% من إجمالي عدد الشبه طبيين العاملين في القطاع الصحي ككل ويعود هذا إلى عدم السماح لخارجي المؤسسات العمومية للتكوين الشبه الطبي بالعمل مباشرة بعد التخرج لدى القطاع الخاص، كما لا يسمح لهم القانون بازواجية النشاط (نسبة كبيرة منهم تشتغل بطرق غير شرعية) ويلجأ القطاع لتوظيف المتقاعدين وخريجي المدارس الخاصة للتكوين شبه الطبي حيث بلغ عددها 17 مؤسسة سنة 2015 مقابل 27 مدرسة للتكوين الشبه الطبي في القطاع العام (ANDI, 2015).

### 5.3. مساهمة القطاع العام والخاص في تقديم خدمات الولادة بالمستشفيات:

حسب نتائج المسح المتعدد المؤشرات (mic4 2012) و التحقيق حول العائلة لعام 2005 المنجز من طرف وزارة الصحة المبين في الجدول الموالي أن 97% من إجمالي الولادات تتم على مستوى المؤسسات الاستشفائية للولادة و تحت اشراف أطباء متخصصين، كما انخفضت عدد الولادات التي تتم بالمنزل من نسبة 09% سنة 2005 إلى 01% سنة 2012، وبالمقارنة بين العيادات الخاصة و المؤسسات الاستشفائية العامة فان الأخيرة هي المستحوذ على النسبة

الأكبر و قد عرفت تحسنا في نسبة اللجوء إليها للولادة حيث بلغت سنة 2005 86% مقابل 4% للقطاع الخاص لترتفع لتبلغ 88 % قطاع عام، 09% قطاع خاص سنة 2012 ويعود هذا إلى البرامج التي سطرته الدولة من أجل التكفل الأحسن بصحة الأمهات و الحوامل وأيضا إلى حملات التوعية التي تقوم بها الدولة و كذلك تحسن اللجوء القطاع الخاص مرده إلى زيادة عرض القطاع الخاص من عيادات التوليد وأيضا لجوء فئات ميسورة الحال إليها نتيجة الضغط على عيادات الولادة العمومية و كذلك بعض الاتفاقيات التي أبرمتها تعاضديات العمال لبعض المؤسسات مع العيادات الخاصة و في هذا الإطار ورغبة من الدولة في تخفيف الضغط على المؤسسات الاستشفائية العمومية و زيادة الاستفادة من هياكل القطاع الخاص صدر مرسوم (الجريدة الرسمية عدد رقم 16 ليوم 24/03/2020) يسمح لصناديق الضمان الاجتماعي بالتعاقد مع العيادات الخاصة من أجل الولادة.

الجدول 5: نسبة الولادة حسب نوع المؤسسات الاستشفائية

| المنزل | عيادات القطاع خاص | مستشفيات القطاع العام |             |
|--------|-------------------|-----------------------|-------------|
| 09%    | 04%               | 86%                   | Papfem 2005 |
| 01%    | 09%               | 88%                   | mic4 2012   |

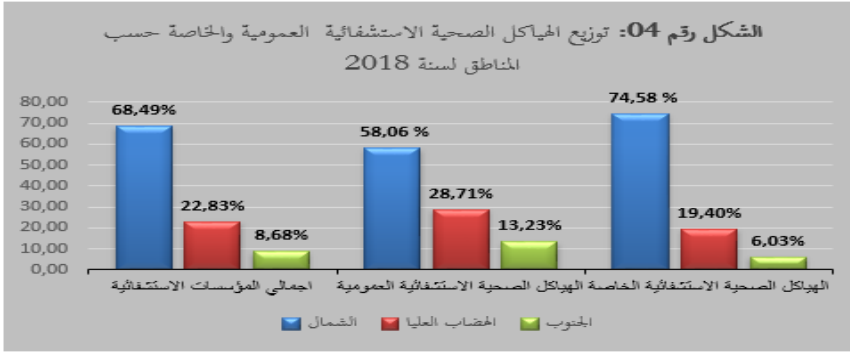
المصدر: (UNICEF,2013)،(ONS, 2005) .

### 3. تقييم المنظومة الصحية:

#### 1.4. توزيع الخدمات الصحية حسب البرمجة الإقليمية:

يعرف توزيع المنشآت الصحية الاستشفائية بين مناطق الوطن في الجزائر تفاوتنا كبيرا نظرا لشساعة المساحة الجغرافية، حيث تتركز 68,49% من إجمالي المنشآت في الشمال حيث الكثافة السكانية المرتفعة بالخصوص الولايات التالية: الجزائر العاصمة، وهران، عنابة، قسنطينة و تيزي وزو، أما الهضاب العليا و الجنوب فتتوفر على 22,83% و 8,68% من إجمالي المنشآت (أنظر الشكل 04)، أما اذا قارنا بين توزيع المنشآت على حسب ملكية هذه المنشآت (أي حسب القطاع) فإن التفاوت يتزايد فنجد 58,06% من الهياكل الاستشفائية التي يملكها القطاع العام تتمركز في الشمال و 28,71 بالمائة بالهضاب العليا، 6,23% بالجنوب أما القطاع الخاص فهو يغطي فقط 42 ولاية حسب احصائيات سنة 2018 و ينعدم في ستة ولايات كأدرار و تمنراست و تندوف، النعام، البيض، الأغواط معظمها مناطق جنوبية فمعظم استثمارات القطاع

الخاص تتركز بالشمال بنسبة 74,58% وبنسبة أقل بالهضاب العليا بنسبة 19,40% وتكاد تنعدم بالجنوب 6,03% و هذا ما يوضحه الشكل رقم (04) الموالي:



المصدر: (Ministère de la Santé, 2018, pp. 11-23).

#### 2.4. مؤشر الرضا على المنظومة الصحية والثقة في المستشفيات الخاصة:

حسب نتائج الاستطلاع الذي قامت شبكة بارومتر عربي في الجزائر سنة 2018 حول الرضا العام على النظام الصحي و الثقة في المستشفيات الخاصة، فيما يخص الرضا على النظام الصحي كانت أغلبية الأجوبة سلبية 67,8% (غير راضي، غير راضي على الاطلاق) و هذا يظهر عدم رضا أغلبية المستجوبين للنظام الصحي بسبب المشاكل التي يعاني منها القطاع وسوء جودة الخدمات المقدمة ، أما الثقة في المستشفيات الخاصة فجاءت نتائجها متقاربة نوعا ما، حيث نسبة 52,70% إجابات سلبية (لا أثق بها، لا أثق بها إطلاقا) أي لا يتقون بها لأنهم يرون أن القطاع الخاص يهيمه الربح أكثر من صحة الفرد، في حين تحصلت الإجابات الإيجابية (أي يتقون بها) على نسبة 42,90% من المجيبين فهم يرون أن جودة الخدمات المقدمة بالقطاع الخاص أحسن من القطاع العام الذي يعاني من الاكتظاظ و تأخر المواعيد والمحسوبية، سوء الاستقبال كما يتوفر القطاع الخاص على أحدث التقنيات في المجال الطبي.

الشكل 5: مؤشري الرضا على النظام الصحي والثقة في المستشفيات الخاصة لسنة 2018.



المصدر: (arab barometer, s.d.)

## الخاتمة:

من خلال تحليل السابق للإحصائيات المتوفرة لدينا توصلنا إلى النتائج التالية:

- منظومة القطاع الخاص الحالية ودورها في المنظومة الصحية تلعب دورا كبيرا في زيادة اللامساواة في الحصول على الخدمات الصحية وزيادة الفقر لأنه مازال يقصي شريحة واسعة من السكان من خدماته بسبب التسعيرة المرتفعة التي يفرضها نظير خدماته المقدمة، مما يزيد العبء على مؤسسات القطاع العمومي (الاكتظاظ) في ظل ضعف تعويضات صناديق الضمان الاجتماعي (CASNOS و CNAS) للخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص (مازال التعويض على أساس التسعيرة المراجعة سنة 1987)، عدا بعض الاتفاقيات التي أبرمتها صناديق الضمان الاجتماعي مع العيادات الخاصة لتغطية بعض الاختصاصات كجراحة القلب و الشرايين و التكفل بمرضى العجز الكلوي (تصفية الدم)، بالإضافة الاتفاقية الأخيرة التي صدرت في الجريدة الرسمية عدد رقم 16 ليوم 2020/03/24 والتي تخص التكفل بخدمات الولادة بالمستشفيات الخاصة للأشخاص المؤمنين بغية تخفيف العبء عن مؤسسات القطاع العام.

- مازال يلعب القطاع الخاص دور المنافس للقطاع العام وليس المكمل في استقطاب الممارسين الصحيين بسبب تدني رواتب القطاع العام والاعراضات والحوافز التي يقدمها لهم القطاع الخاص في ظل ضعف نظام الرقابة والضرائب في مجال الصحة وانتشار بعض الظواهر غير المهنية والأخلاقية التي تميز بها هذا القطاع في السنوات الأخيرة.



-إن مساهمة القطاع الخاص في المنظومة الصحية مازالت ضعيفة خاصة من حيث عدد الأسرة(6%) وأن القطاع العام هو الذي يملك أكبر نصيب من الأسرة والاختصاصات التي يستثمر فيها خاصة في القطاع الاستشفائي مازال حجم أكبر مؤسسة استشفائية لا تتجاوز 150 سرير.

- فيما يخص الإمكانيات المالية مازال القطاع العمومي هو الممول الرئيسي للمنظومة الصحية بنسبة 67,7 % من إجمالي الانفاق على الصحة مقابل 30,3% إنفاق خاص حصة كبيرة منه عبارة عن مدفوعات مباشرة من الأسر (انفاق من الجيب).

- فيما يخص توزيع المرافق الاستشفائية فإن توزيع المرافق العمومية أحسن من القطاع الخاص فهي تشمل 48 ولاية مع وجود بعض الفوارق في التوزيع حسب المناطق (ريف، حضر) عكس القطاع الخاص الذي يتواجد في 42 ولاية فقط ويستثمر في المناطق ذات الكثافة السكانية العالية.

#### 4. قائمة المراجع:

1. *Ministère de la Santé. (2018). sante en chiffres Année 2018. algerie.*
2. *Adman Murizik, M. (2011). Introductions in health administration. Ammaan Jordan: Al-Raya House for publication and distribution.*
3. *Al-damrash , I. (2006). Economics of health services. Egypt: Jerusalem Library.*
4. *Al-damrash, I. (2000). The increasing phenomenon of public spending on health services and its economic effects: a case study for the Arab Republic of Egypt. Journal of Commercial Research, p. 35. Consulté le 04 23, 2020, sur <https://search.mandumah.com/Record/150426>*
5. *ANDI. (2015). Secteur de santer. Récupéré sur ANDI: <http://www.andi.dz/index.php/ar/secteur-de-sante>*
6. *arab barometer. (s.d.). Consulté le 03 13, 2020, sur arab barometer: <https://www.arabbarometer.org/ar/survey-data/data-analysis-tool/>*
7. *BENLOULOU Salim Badreddine et KHALDI Mustapha. (2015). L'impact des dépenses publiques sur le bien-être en Algérie. Revue finance et marchés, p. 02.*
8. *Boufasa, S., & Saed, M. (2017). Applications of health economics and its implications for human development - a comparative study between Algeria and other countries. Finance & Marchés, 4(1), pp. 192–213. Récupéré sur <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/26309>*

9. Chaoui, F., ACHOUR, N., & Fikri Benbrahim, N. (2012). *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie: Défis nationaux et enjeux partagés*. France: IPAMED.
10. CNES. (2002). *National report on human development in Algeria for the year 2001*. Algeria.
11. Guinness, L. (2015). *An introduction to health economics*. Kuwait: Arab Center for the Compilation and Translation of Health Sciences.
12. Justine Hsu. (2010). *The relative efficiency of public and private service delivery*. World Health Report (2010) Background Paper, No 39.
13. Ministère de la Santé. (2003). *Projection du développement du secteur de la santé Perspective décennale*. 18.
14. Ministère de la Santé. (2014). *Situation Démographique et Sanitaire (2000 – 2014)*. algerie.
15. Ministère de la Santé. (2015). *les réformes en santé évolution et perspectives*.
16. ONS. (2005). *enquete papfem. ALGERIE: ONS*.
17. Oxfam, O. (2019). *Public good or individual wealth?*
18. WHO. (2010). *Financing Health Systems: The Path to Universal Coverage*. Egypt.